



## **Le Médiateur de Santé Pair en santé mentale : Action, Formation, Inclusion**

**Description d'une dynamique complexe entre ces trois pôles**

## SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>p.3</b>
<u>Préambule 1</u> : Le Rétablissement, la philosophie du Rétablissement, le processus de Rétablissement, en santé mentale plus particulièrement	p.7
<u>Préambule 2</u> : Le concept de travail pair et la personne du travailleur pair	p.15
<b>I. Le travailleur pair salarié de médiation en santé mentale : un tout petit nombre d'acteurs en France</b>	<b>p.22-28</b>
A. Qui est-il ? A quoi sert-il ? Quels services peut-il rendre ?	p.22
B. Etats des lieux en France	p.24
C. Le MSP : Un acteur polymorphe dans son action elle-même	p.27
<b>II. La formation : d'un même principe à des réalités d'actions très différentes</b>	<b>p.29-36</b>
A. Au départ un même principe de base pour tous	p.29
B. Dynamique de formation	p.30
C. A quoi et pourquoi former le terrain d'accueil en même temps ?	p.31
D. Etat de l'offre de formation en France	p.33
<b>III. L'inclusion et la collaboration avec un MSP : Mettez toutes les chances de votre côté!</b>	<b>p.37-41</b>
A. Conseils généraux	p.37
B. Intégrer un MSP à l'équipe depuis le départ de sa formation	p.38
C. Inclure un MSP qui s'est formé sur un parcours de stages et une base de formation universitaire et/ ou tutorat	p.40
<b>Conclusion</b>	<b>p.42</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>p.45</b>

## Introduction

Ce travail de réflexion et d'explication de ce qu'est un médiateur de santé pair (MSP), de comment il peut se former, de quelle est la mécanique de cette formation, et de comment il peut être intégré par des équipes (pour en améliorer la qualité d'action en terme de favorisation du processus de rétablissement des publics accompagnés) est le fruit d'une réponse à une sollicitation pour une intervention orale lors de la journée du 04 Décembre 2015 sur le Rétablissement organisée par le CReHPsy<sup>1</sup> Pays de Loire.

Le médecin coordinateur en est le Dr Denis Leguay et la cadre de santé Mme Deloffre Sophie : je tiens à les remercier de m'avoir offert une telle opportunité d'expression publique de ma réflexion sur le sujet des médiateurs de santé pairs. Ce travail a été mené en étroite collaboration avec ma « coach », qui n'est autre que ma sœur Claire Karinthi, et que je tiens tout particulièrement à remercier ici, car, sans elle, il n'est pas sûr que ce travail aurait vu son aboutissement.

Je suis moi-même MSP diplômé, formateur d'adultes formé par l'AFPA<sup>2</sup> et aujourd'hui travailleur pair chargé de missions à L'assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

J'ai auparavant occupé la fonction de MSP au sein de l'équipe lilloise pluridisciplinaire de suivi intensif du programme national de recherche « Un Chez Soi d'Abord ». Ce programme est un test randomisé<sup>3</sup> d'une nouvelle méthode d'accompagnement inconditionnelle orientée rétablissement inventée à New-York et nommée « Housing First » (« loger d'abord). Ce programme national se déroule sur 4 sites : Paris, Toulouse, Marseille et Lille. Cette méthode d'accompagnement est à destination de publics sans « chez-soi » et présentant des troubles schizophréniques ou bipolaires de type 1 (dits psychotiques), la présence d'addictions n'excluant pas de l'étude.

---

<sup>1</sup> CReHPsy Pays de la Loire : Centre de Ressources Handicap Psychique, il développe sur ce sujet des actions d'information, de communication, d'animation et de coordination d'actions concertées, d'appui technique à la mise en place d'actions relatives à la réhabilitation psychosociale, de formations et de sensibilisation, des actions de recherche en partenariat, ainsi que de promotion du développement des équipes territoriales d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap psychique.

<sup>2</sup> AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes : j'y ai suivi une formation de formateur professionnel d'adultes en 2008, que j'ai axée sur les outils d'aide à la formation à l'acquisition de savoir-être, surtout à l'époque ceux nécessaires à l'insertion professionnelle des publics précaires

<sup>3</sup> Cela veut dire que les personnes qui acceptent de faire partie de l'étude savent et comprennent à l'avance qu'elles vont se retrouver face à une enveloppe numérotée, qui correspond à leur numéro d'arrivée dans l'étude : 135 si il s'agit de la 135ème personne qui accepte sur le site lillois par exemple. Ils savent que dans cette enveloppe cachetée se trouve deux possibilités: soit faire partie de l'étude, rencontrer l'équipe et bénéficier de la méthode, soit être personne témoin et accepter de rencontrer les enquêteurs tous les six mois pendant 2 ans, avec des compensations en ticket utilisables dans les magasins, c'est ce qu'on appelle le consentement éclairé, et qui est une condition sine qua none d'entrée dans l'étude.

Des protestations de l'ordre de l'éthique sur ce « tirage au sort » ont été émises par beaucoup de partenaires du monde de l'accueil de rue et de l'hébergement, mais il s'agit de la méthode scientifique qui apporte la plus haute valeur de preuve. Une fois que l'explication du fait qu'il n'y avait pas de tirage au sort mais une seule enveloppe face aux personnes, déjà depuis longtemps remplie et cachetées, part la décision d'un algorithme géré informatiquement, les protestations ont cessées d'elles mêmes.

Le principe de base de l'accompagnement est simple : la personne se voit directement proposer différents logements loués majoritairement dans le privé par un bailleur qui opère une intermédiation locative<sup>4</sup>, ses droits sont ouverts par l'équipe de suivi si nécessaire, et elle intègre directement le logement de son choix. Les seules contraintes sont celles de tout un chacun (ne pas trop déranger ses voisins et payer ses factures), avec en plus accepter de rencontrer les enquêteurs à intervalle réguliers (tous les 6 mois), et l'équipe une fois par semaine avec comme leitmotiv pour nous: comment vas-tu ? Qu'est-ce que tu veux ? Que peut-on faire pour t'aider ?

Le but du suivi intensif est de permettre l'appropriation et le maintien dans le « chez soi » afin de favoriser le traitement des troubles et l'appropriation par la personne des ressources de droits communs autour d'elle pour traiter ses troubles. L'équipe a les capacités d'un suivi global vu sa composition<sup>5</sup> mais réserve ce type de suivi aux situations de ruptures entre la personne et le droit commun. L'accompagnement dans la méthode originelle n'a pas de limites temporelles prédéfinies, et l'intensité du suivi varie selon les besoins de la personne.

Ce n'est plus le principe du « traitement d'abord » et son corollaire : le « parcours en escalier »: ce parcours est le parcours classique en France : du centre d'hébergement d'urgence à la nuit au « chez soi ». Les étapes en sont : d'abord les Unités d'Hébergement d'Urgence (UHU) à la nuit, puis ensuite le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS deux fois 6 mois maximum normalement, et il ne faut pas être trop « symptomatique » pour y avoir accès), puis l'appartement associatif ou thérapeutique (il est dur d'en bénéficier, car ils ne sont pas assez nombreux pour tous, quand ils existent sur le territoire où l'on se trouve<sup>6</sup>, et ils sont quasi exclusivement sous contrat de soin) et enfin le chez soi complet. Le passage d'étapes en étapes se fait quand on satisfait aux critères de comportements ; l'échec à une étape renvoyant le plus souvent tout en bas de l'escalier !

---

<sup>4</sup> L'intermédiation locative est une forme de sous location : c'est le nom donné à l'action par une personne morale tierce (souvent une association ou un bailleur semi public type PACT) de louer un appartement pour le sous louer à la personne accompagnée : le propriétaire est garanti d'être payé et que son appartement sera remis en état au cas où, et que l'association ou le bailleur s'occupe des relations avec le locataire.

<sup>5</sup> 1 cadre socio-éducatif, 1 médecin psychiatre, des travailleurs sociaux, des infirmiers, 2 travailleurs pairs travaillant avec un ratio de 1 équivalent temps plein pour 10 personnes suivies, pour nous 10 membres d'équipes pour 100 personnes suivies

<sup>6</sup> Pour toucher du doigt cette réalité du déséquilibre territorial de l'offre de soins en santé mentale en France voire la thèse de la géographe de la santé Magali Coldefi 2010: De l'asile à la ville : Une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France ; <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>

Aujourd'hui ma mission principale dans le poste que j'ai intégré en avril 2014<sup>7</sup>, à l'AP-HM porte notamment sur la construction et la coordination d'un nouveau cursus de formation, sous la responsabilité du Pr Naudin, chef du pôle de psychiatrie dont dépend notre équipe.

Il s'agit d'un cursus innovant tant au niveau du thème, des objectifs, de la formulation que des publics visés : le DESIU<sup>8</sup> « Pratiques Orientées autour du Rétablissement » porté par l'Université Aix-Marseille, en partenariat avec les Universités de Toulouse III (Pr Philippe Birmes) et Lille II (Pr Pierre Thomas).

Cette mission, je l'effectue en collaboration avec mon chef de service (le Dr Vincent Girard) et avec la participation de beaucoup d'intervenants du « Monde du Rétablissement français » qu'ils soient usagers de services, médiateurs de santé pairs en poste, membres d'équipes d'accompagnement « orientées Rétablissement » ou chercheurs en sciences humaines et sociales ou santé publique.

Tout ce que je viens d'expliquer signifie que la réflexion qui suit, que vous allez lire, est celle d'un « psychotique » en rétablissement, Médiateur pair lui-même.

Sachez le, « psychotique », c'est ainsi que la psychiatrie du secteur de soin dont je dépendais à l'époque a labellisé les différents troubles diagnostiqués chez moi voilà plus de dix ans.

Ce diagnostic allait avec un pronostic (positif pour l'équipe), qui nécessitait, en premier lieu, que j'accepte ce qui était de l'ordre de mes possibles, afin que je sorte du « déni », que je sois dans ce qui est appelé l'« alliance thérapeutique ». Cette acceptation éliminait dans l'instant (dès ma première rechute et mon premier internement sous contrainte en établissement public, en 2003) de penser que ce que je réalise ( ce je suis en train de faire en ce moment même) et ce que je vis depuis plusieurs années, m'était à l'avenir possible. Ils voulaient à tout prix, que j'accepte qu'il s'agissait d'un rêve fou et vain, que c'était me faire du mal de m'y entêter et qui de part mon « futur échec », de toute évidence « inscrit dans le marbre » vu leur détermination, allait emmener mes proches dans une spirale de souffrance (utilisation de la culpabilisation....).

J'avais 24 ans, j'étais en Maîtrise de Sciences-politiques (Master 1) à l'université Paris 8. Ce dont ils parlaient c'était bien sûr savoir (au sens nordiste de pouvoir) coucher une réflexion, une pensée, une

---

<sup>7</sup> Poste de chargé de missions au sein de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du Dr Vincent Girard, (rencontré lors de mon précédent poste : il est un des initiateurs du programme Un chez soi d'abord et est en charge du volet quantitatif de l'évaluation du programme) avec des missions de médiation en santé mentale et de mise en place d'outils nouveaux pour la favorisation du rétablissement et de l'orientation rétablissement des équipes travaillant avec les publics précaires et/ou portant des troubles additifs et/ ou de santé mentale : le public cible de l'action de notre équipe.

<sup>8</sup> DESIU : Diplôme d'Etudes Supérieures Interuniversitaire : ici il s'agit d'un diplôme reconnu par les universités qui l'ont porté, n'ayant pas de valeur nationale, niveau bac plus 4 lorsqu'il est reconnu nationalement.

synthèse, sur du papier, travailler intellectuellement, car « mon cas nécessitait une prise en charge lourde et beaucoup trop handicapante pour cela... »<sup>9</sup>

Pour paraphraser un auteur, interprète de rap français, Hamé du groupe « La Rumeur » dans la chanson « le Pire » :

« Et le pire est que j'ai fini par [les] croire... mon frère »...

Mais pas toute la vie, que quelques années, une petite dizaine, et que par intermittence, une paille...

Avant d'entrer dans le vif du sujet (les MSP), et après cette nécessaire présentation de la position qui est la mienne vis-à-vis de celui-ci, il est important de passer par deux préambules conceptuels sur lesquels se basent cette réflexion afin que tous les lecteurs soient à égalité de compréhension.

Ces deux préambules peuvent apparaître comme des redites pour les personnes déjà sensibilisées ou formées où s'étant bien renseignées sur le sujet<sup>10</sup>. Ils sont par contre incontournables pour quiconque veut s'intéresser et comprendre ce métier sans en connaître beaucoup plus que son existence : suivre la réflexion délivrée en partie 1,2 et 3 serait beaucoup plus difficile et à mon avis alors réservée à des initiés. C'est exactement le but inverse qui est ici recherché.

Une grande partie de la compréhension passe par un effort d'imagination et de mise en situation demandé aux lecteurs. J'assume l'utilisation du ressort et donc de l'effort ainsi que du degré d'ouverture qu'il demande.

Ces deux préambules portent d'une part sur la question du **Rétablissement**, de la philosophie ou processus de rétablissement, en santé mentale plus particulièrement et d'autre part sur concept de « **travail pair** » et de la personne du travailleur pair.

<sup>9</sup> Souvenir personnel issu d'une phrase d'un infirmier voulant sûrement faire de la psychoéducation sur les médicaments (à vie bien sûr !), leurs effets secondaires ou indésirables, qu'il fallait contrebalancer avec le grand bonheur qu'ils apportaient si on arrivait dans ce balancier à l'acceptation d'une soumission à un handicap amenant des limites de vies figées et connues, sans capacités de prise personnelles.

Ce morne tableau des possibles : au fond de moi, et sans savoir pourquoi, à l'époque, très tôt, dès la première crise traitée en clinique en 1998-1999, je le ressentais dépassable. Je n'y ai pas adhéré, non uniquement par un refus intellectuel, non uniquement par un rejet d'une représentation de moi que je ne voulais pas regarder (il y avait de cela bien sûr !) mais par un instinct profond et animal qui m'a guidé et continue de me guider, de liberté qui me sert comme élément d'analyse de moi-même vis-vis de tout ce que la psychiatrie me prescrivait et me prescrit dans mon intime conviction de savoir si c'est bon pour moi ou non. C'est mon insight

La culpabilisation de la personne vis-à-vis de son état, venant souvent de la manière maladroite de questionner les comportements, les vécus, (notamment des jeunes adultes par rapport aux consommations souvent lors de la première prise en charge psychiatrique, puis vis-à-vis de l'observance des traitements et rdv par la suite si l'on devient un « abonné ») a achevé de me rendre difficilement compliant et surtout m'a très vite paru un argument faible et rapide, qui ne donnait pas beaucoup de clés d'explications en comparaisons d'autres, au fur et à mesure que grandissait l'expérience( IE les internements)

<sup>10</sup> Une recherche web permet déjà d'en apprendre beaucoup :

Wikipédia est un point de départ déjà riche sur le sujet en français et très complet pour une première approche. La trame initiale en est la traduction/adaptation en français par mes soins de la page anglophone en 2012 et selon le principe wikipédia elle à été enrichie par d'autres depuis, notamment André Bitton (infatigable militant des droits des usagers et de leur développement et défense vis-à-vis des services de psychiatrie, pourfendeur de l'internement abusif, célèbre et reconnu notamment tant par l'action sur le terrain par le biais d'associations œuvrant à l'accompagnement de pairs en conflit, et jusqu'à la Cour Européenne de Justice, que pour son expertise sur notre situation d'usagers des services et de la réalité des situations et des vécus et ses participations aux commissions parlementaire de réflexions ces dix dernières années.

## **Préambule 1 : Le rétablissement, la philosophie du rétablissement, le processus de rétablissement, en santé mentale particulièrement**

**De nombreuses définitions existent**, mais globalement elles tournent autour des mêmes axes. Elles peuvent provenir de **Pairs anonymes** dont on a que le prénom mais dont les mots par leur clarté, leur caractère évocateur nous sont parvenus, ou de **définitions de pairs célèbres**, devenus **scientifiquement reconnus** car ayant en plus de leur trajectoire de rétablissement et de réflexion, fait des **parcours universitaires de très haut niveau**, ou des définitions de chercheurs en sciences humaines, sociales ou médicales.

Dans la formation de Médiateur de Santé Pair, (Le DU de MSP que j'ai fait en 2012 mis au point par le CCOMS de Lille et l'université Paris 8, en partenariat avec l'AQRP<sup>11</sup>), il nous a été expliqué, que tous, **nous devons construire notre propre définition du Rétablissement, de notre rétablissement**<sup>12</sup>, et ainsi pouvoir passer du « je » au « nous » dans le discours et mettre de l'espace entre « soi » et le « vécu ».

De part mon expérience et ma compréhension des écrits sur le sujet, j'ai remarqué que la compréhension de ce que veut dire ou a voulu dire pour quelqu'un d'autre (un pair), dans sa propre expérience, dans son vécu intime, son processus de rétablissement fait souvent partie de la recherche de son propre processus de rétablissement. Il ne s'agit pas d'un exemple à copier mais plutôt d'une représentation incarnée, une possibilité de compréhension « sensible » de ce que cela représente. Ce phénomène n'est pas exclusif, mais profite de ce qui facilite un parcours de rétablissement. Il est pour moi une des raisons de la nécessité du travail pair, que j'aborderai en second préambule.

**Donc aujourd'hui voila ma définition du Rétablissement, empreinte ici de beaucoup de mes recherches sur le sujet, couplée de ce que mon expérience personnelle m'a permis d'en comprendre :**

---

<sup>11</sup> CCOMS : Centre Collaborateur de l'OMS de Lille, dirigé par le DR Jean-Luc Roelandt

AQRP : Association Québécoise de Réadaptation Psychosociale, dont deux formatrices ont assuré la partie pratique de notre formation. Il s'agit de la formation mise au point par le « pair-aidant réseau » du Québec et l'AQRP sur une semaine en condensé.

DU : Diplôme Universitaire, ici expérimental. C'est en général une formation reconnue bac plus deux, mais nous sommes ici sur un métier non encore existant au répertoire national des métiers.

<sup>12</sup> Ma participation à la création de diverses entrées en français autour du thème du Rétablissement allait aussi dans cet esprit (pages « Réhabilitation Psychosociale ou Psychiatrique », « Acertive Community Treatment », « Pratiques Orientées Rétablissement »), et m'aidait dans la construction de mon mémoire.

« Le Rétablissement est un processus, perpétuellement évolutif, de recherche d'équilibre personnel, permettant d'avoir une réalité de vie de l'ordre de ce que l'on souhaite (satisfaisante) ou l'espoir de pouvoir la vivre un jour ou enfin d'être en train de construire au moins quelque chose de cet ordre.

**Dans son déroulement, la réduction ou l'effacement des symptômes n'est pas le témoin de mesure du niveau du processus.** Cette réduction n'entre en ligne de compte pour savoir où en est la personne dans son processus que si la présence de symptômes, selon « l'avis éclairé<sup>13</sup> » de la personne, empêche l'accès à une vie satisfaisante<sup>14</sup>.

**C'est un processus non linéaire**, mais ayant tout de même de grandes phases identifiées, et sur lesquelles beaucoup d'entre nous se retrouvent :

1. Le choc, le déni, l'effroi la sidération, crise
2. Le désespoir, avec petit à petit l'auto stigmatisation, une certaine intériorisation de limites des possibles
3. L'acceptation de soi et sa différence (on se perçoit différent et différemment, ...c'est dur d'écrire, de décrire, un ressenti, une perception ...) et l'on vit une renaissance. de l'espoir, des rêves.
4. L'engagement personnel à changer et à travailler laborieusement à son bien-être, concocter sa formule (unique forcément) de processus de rétablissement »
5. La mise en place d'actions concrètes (pas de panique, pour l'entourage surtout): La prise de risques dits « calculés ».

**C'est un processus cyclique, et le cycle comporte la crise ! Il est globalement orienté vers le haut**, le mieux être, en termes de qualité de vie au long cours, dans le temps et chaque individu a une temporalité unique qu'il faut respecter<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> Le terme « avis » ou plutôt « consentement éclairé » est un terme juridique clair qui définit la nature à un instant T de la valeur dudit consentement en relation avec de l'état de connaissance des informations et de compréhension des enjeux du consentement en question de la personne : si elle est déclaré être dans une capacité de rendre un consentement éclairé, alors il peut être pris en compte pour tout être humain

<sup>14</sup> Quand on s'intéresse à ce qui a été écrit sur l'évaluation dans le domaine (recovery, empowerment, method, participation) que ce soit au niveau du Rétablissement d'une personne ou de l'évaluation des pratiques développées par des services qui s'en réclament, on se rend compte que ces évaluations pour beaucoup d'entre elle se basent sur l'établissement d'échelle de mesure de « qualité de vie » (incluant les dix critères du Rétablissement officiel au Etats-Unis par exemple par la SAMSAH en 2007).  
Les données sont récoltées autour de questionnaires auto-suggestifs.

<sup>15</sup> On peut aller plus loin sur ce sujet en s'intéressant aux résultats des différentes études de cohortes longitudinales (étude des milliers de cas sur des dizaines d'années) de l'OMS, sur la Schizophrénie dans un panel de pays large. Nous en avons parlé et elles sont renouvelées : le processus existe !



**Le processus incluant la crise, l'existence de la crise n'annule en rien le processus ou n'est en rien synonyme de non possibilité de rétablissement.**

Cela provient notamment du fait, et ce n'est là que mon avis, d'une posture différente de la personne et de son environnement vis-à-vis des difficultés générales de vie et de la possibilité de survenue d'une crise : une approche centrée sur les forces, sur ce qui va bien chez la personne et pas sur le catalogue des problèmes en temps normal et un travail d'anticipation de la crise toujours potentielle.

**Le rétablissement passe par le retour des rêves et de la recherche du bien être, mais aussi par la lucidité face à la possibilité des crises et donc de leur anticipation.** Cette anticipation est matérialisée par des outils concrets (plan de gestion de crise personnel) qui nécessitent pour la personne de se re-confronter en réflexion/souvenirs à ses crises précédentes pendant des moments de « lucidité ». Ces fenêtres existent toujours, comme disait le Dr Pinel : il faut parler à la fameuse partie « saine ». Cela permet à la personne de pouvoir exprimer à l'avance ce qu'elle souhaite ou non lorsqu'elle est prise en charge en crise, (dans un moment « éclairé »<sup>16</sup> voir conseillé), ou lorsqu'elle sera prise en charge (si cela devait arriver) en crise, en soins sans consentement la fois suivante<sup>17</sup>.

**En effet et c'est un invariant de l'accompagnement, pour les personnes non psychotiques comme pour nous, hors des fameuses phases psychotiques, la personne sait ce qui est bon pour elle et ne pas demander cet avis ou ne pas le respecter dans l'accompagnement est source d'une grande violence, créant une barrière à l'alliance thérapeutique.**

Il y a donc dans l'attitude, de la personne et de l'entourage, quand une crise survient, une différence : elle n'est plus perçue comme la catastrophe ultime ni même comme un échec. La crise est vue comme une étape qu'il faudra débriefer par la suite pour voir, dans le plan de prévention de crise (partie du plan de crise) construit par la personne (avec plus ou moins d'appuis) ce qui n'a pas fonctionné et comment y remédier.

Procéder ainsi permet de rendre bien plus riche ce que l'on retire intellectuellement et humainement de la crise (on=la personne elle-même et son entourage).

---

<sup>16</sup> Cf note 13

<sup>17</sup>E. Maîtrea , C. Debienb, P. Nicaïsec , F. Wyngaerdenc , M. Le Galudec d, P. Genest F. Ducrocq, P. Delamillieuref,g , B. Lavoisy h, M. Walter d, V. Dubois c , G. Vaivaa (2013) Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives (Advanced directives in psychiatry: A review of the qualitative literature, a state-of-the-art and viewpoints), *L'Encéphale*, vol 39 p244-251) : Il s'agit d'un article collectif sous la direction du Pr Vaiva (chef de service des urgences psychiatriques du CHU de Lille) sur le sujet des directives anticipées, posant la question de l'applicabilité de la loi Léonetti (relative à la fin de vie et à la nomination de la personne de confiance) aux situations de prises en charges en soins sans consentement, et ouvrant la réflexion vis-à-vis des situations à l'étranger. Une thèse de psychiatrie testant un dispositif original de mise en place de directives anticipées est en cours d'élaboration par une interne des hôpitaux de Marseille : Magali Ponthier (je me permets de la citer ayant modestement, surtout par des discussions informelles, participé aux débuts de ce projet).

Enfin, ce processus de recherche d'équilibre permanent se nourrit (puis se renforce) de **la construction d'une expertise de soi, sur soi**. Cette expertise est le fruit d'une recherche qui se développe en lien avec ses problématiques précises et ce que l'on veut vivre. Cette recherche est grandement facilitée par l'utilisation de l'expérience des pairs, des structures de soins, dans un rapport ici de plus en plus de partenariat et de moins en moins de soumission.

Ce processus permet lorsqu'il est bien engagé d'**avoir de fait des possibilités d'inclusion sociale**<sup>18</sup> **équivalente** ou à peu près, à celle de la population générale »

Voilà, il s'agit aujourd'hui de MA définition du rétablissement.

**La possibilité du processus de rétablissement, son germe, est en chacun de nous, c'est démontré, par des études scientifiques de cohortes de milliers de cas sur des décennies la première étant celle de l'OMS en 1970 sur plus de dix pays.**<sup>19</sup>

Je ne vais donc pas chercher ici plus avant à démontrer l'existence du phénomène et sa possibilité de développement en chacun de nous, cela a été fait plusieurs fois. De plus, si ce n'était pas le cas (la possibilité du Rétablissement), je ne serais pas en train d'écrire en ce moment même !

Mais il faut un environnement favorable pour que le processus éclore, sinon, c'est très compliqué, et seul quelques uns arrivent à l'entamer, à se créer seul cet environnement.

Et c'est d'autant plus difficile si l'on n'a pas connaissance de son existence soi même !

Des personnes dans l'entourage, ayant connaissance de l'existence du processus, et en soutien, le favorise grandement.

C'est quasi impossible, en tout cas à mes yeux, et encore plus, quand le discours qui nous entoure et qui est donné à nos proches est celui du pronostic de la chronicité vers la dégénérescence des possibles.

Le gros problème pour moi aujourd'hui, c'est que ce discours, bien que moins dominant, continue d'être porté et relayé par la psychiatrie classique s'agissant de troubles dits « psychotiques installés »,

---

<sup>18</sup> Les possibilités d'inclusion sociale se mesurent selon les groupes sociaux, un exemple de déterminants : l'emploi, les relations sentimentales, la participation sociale, les relations sociales, etc... d'après l'Unafam, près de 75% des personnes atteintes de handicap psychique reconnu sont sans emploi aujourd'hui en France et l'emploi en milieu ordinaire est très difficile

<sup>19</sup>Carpenter, W.T., Jr & Strauss, J.S., 1991\_The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(9), p. 517-525

« sévères » et les regards de beaucoup de « soignants » ne changent pas encore quand aux possibilités de vie des personnes qui sont en face d'eux.

**Le mouvement de la réhabilitation psychosociale est très proche de celui du Rétablissement.** En effet c'est à partir du constat par certains soignants aux débuts des années 80 aux Etats-Unis que ce possible de vie existait devant leurs yeux (le Rétablissement)<sup>20</sup> que ceux-ci ont cherché à développer des techniques de soins et d'accompagnement (remédiation cognitive par exemple) permettant d'atteindre la réhabilitation la plus optimale du « malade »<sup>21</sup> dont il avaient la charge.

C'est le lexique et donc la sémantique de ce système qui le rend différent du Rétablissement, dans ses mots, dans ses attitudes et positionnements parfois, mais pas dans son objectif, pas sur la question de l'imagination des possibles quand on accompagne, et sur la certitude de l'existence de possibles.

Ainsi naissait chez les soignants le mouvement de la réhabilitation psychosociale pendant que se développait en parallèle déjà depuis près de deux décennies le mouvement du Rétablissement chez les usagers.

Ce mouvement dit des « Survivors<sup>22</sup> » (autoproclamé « survivors of the system ») est né pendant le mouvement des droits civiques (fin des années 60 aux Etats –Unis). Ils employaient le mot de « recovery » (emprunté aux Alcooliques Anonymes) pour définir ce qui leur arrivait. Par la suite d'autres études de cohortes<sup>23</sup> sont venues renforcer les deux mouvements. On peut citer Patricia Deegan qui fondera le Georgia « peer certified cursus » et un « empowerment center », Judi Chamberlin (1988 : « nothing about us without us », des community managers (des « facilitateurs » de création de groupe autonome d'entraide et de services), dont « Howie The Harp », et de là se sont développés petit à petits, les « peer run services » : les services en direction des pairs qui existent dans les bourgades, les banlieues, gérés par des équipes de pairs.

En Hollande il existe Wilma Boevink et le mouvement dont elle est membre fondatrice : Trees, lié en Angleterre à Peter Bullimore (Paranoia Network), lié au « Hearing voices Network » et donc à Marius

---

<sup>20</sup> Pour moi, et ce n'est que mon analyse du déroulé de l'origine. :

La fécondation va être croisée (ex 30% des travailleurs pairs santé mentale ou addiction aux états unis dans 48 états sur 50 le sont car remboursable par le fait qu'ils travaillent en « rehab ». Donc ils n'ont pas besoin d'être certifiés pour être employés, leurs postes sont financés et reconnus, ils sont en doublon avec un infirmier, un psychologue, etc. .... c'est le label rehab qui le fait, c'est de l'ordre du normal dans le secteur du soin. Les autres doivent être certifiés pour être remboursés (leurs actes, en autonome ou pour leur structure d'emploi) par medicaid (secu americaine ) depuis 2007.

<sup>22</sup>C'est comme cela qu'ils se nommaient eux-mêmes : les survivants du système psychiatrique !

<sup>23</sup> Sartorius, N. et al., (1996). Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31(5), p. 249-258

Romme au Trimboos Instituut près d'Utrecht. Ils collaborent et développent aussi des alternatives complémentaires et non forcément substitutives très intéressantes.

Aujourd'hui on peut dire aux Etats-Unis que ces deux mouvements collaborent complètement : les services de « réhab » y sont parmi les plus gros employeurs de travailleurs pairs.<sup>24</sup>

Un programme de recherche en Europe nommé Emilia<sup>25</sup> a permis de travailler ce sujet sur notre continent. Il en est ressorti qu'ici aussi le Rétablissement personnel passe par un changement de vision de la personne vis-à-vis d'elle-même, qui lui permet de réussir à faire un effort d'inclusion dans la société : un changement de sa vision vis-à-vis des troubles de santé mentale et des personnes qui en portent.

Il en ressort que le processus repose sur 5 piliers, comme décrit aux Etats-Unis d'ailleurs<sup>26</sup> par une usagère des plus célèbre.

En février 2006 une grande conférence organisée par la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration : organisme fédéral des Etats-Unis de gestion des services<sup>27</sup> sur le sujet des addictions et des troubles de santé mentale) réunissant plus de 110 personnes, utilisatrices, familles, pourvoyeurs de services, militants, chercheurs, élus locaux, nationaux...a abouti à la définition des principales composantes du Rétablissement en dix points :

1 autodétermination ; 2 individualisé et centré sur la personne ; 3 pouvoir d'agir (empowerment) ; 4 vision holistique ou globale de la personne et pas par le prisme du trouble en majorité ; 5 caractère non linéaire ; 6 cheminement axé sur les forces ; 7 entraide entre pairs ; 8 respect ; 9 responsabilité personnelle ; 10 espoir.

Si on y regarde de plus près, ces dix composantes se fondent dans les cinq piliers presque parfaitement.

---

<sup>24</sup>Lisel Blach, MS, MPA, Krista Chan, BA; Susan Chapman, PhD (09/11/2015) The Peer Provider Workforce in Behavioural Health: report from University of California San Francisco for IC&RC, Copyright © 2015 The Regents of the University of California. Cette méta-étude va jusqu'à détailler et comparer les ressources pour faire le point sur comment et sur quoi s'est architecturé et s'architecture l'action de peer providing in behavioural health. Il se trouve que pour eux, il y a en fait trois pôles qui avaient permis et permettent de construire l'action d'un point de vue technico-administrativo-financière du travail pair. Il y en a deux qui sont dépendants de la possibilité de remboursement MEDICAID locale (Etatique) selon diverses formules, la troisième, équitable en nombre d'acteurs à chacune des deux autres à peu près, étant le réseau de **la Réhabilitation Psychosociale** P27.

<sup>25</sup>Voir l'ouvrage de référence en français : Dir Tim Greacen et Emmanuelle Jouet, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* ; éditions érès, Paris, 2012

<sup>26</sup> Les 5 piliers du Rétablissement de Patricia Deegan sont proches. Elle est l'une des pionnières du mouvement avec Judi Chamberlain, Howie the Harp, et créatrice du diplôme de travailleur pair de l'état de Géorgie aux Etats-Unis (georgia peer certified) qui a formé la première pair aidante francophone : Nathalie Lagueux membre de l'AQRP et initiatrice du pair aidant réseau au Québec.

<sup>27</sup> Les Etats-Unis étant un ensemble de fédérations, Washington (ici la SAMSAH) n'a pas de pouvoir de contrainte sur tout, comme dans un état centralisé comme la France. Par contre elle influe sur des éléments comme les formules entrant dans le remboursement : elle donne des recommandations ou ouvre des possibilités d'actions (« medicaid billable » en anglais, ce qui est remboursable, facturable à leur « secu ».L'activité de peer support, exercée par des peer support worker certifié, MSP en France, est « medicaid billable » (remboursable) depuis 2007 dans de plus en plus d'états américains.

**Nous avons dorénavant un acronyme en français grâce à la recherche EMILIA pour se souvenir facilement de ces 5 piliers:**

**ESPER : Espoir, Soutien, Plaidoyer, Empowerment, Responsabilité personnelle**

L'Espoir : D'abord, car le rétablissement est un possible de vie pour tous, quelque soit la gravité des troubles

Le Soutien : Ensuite, car seul il est très difficile de garder la motivation et l'espoir nécessaire ; Le soutien par les pairs aussi qui sont exemples vivants de la possibilité du Rétablissement et le travail pair dans les équipes de suivi pour matérialiser ce soutien

Le plaidoyer : Pour soi d'abord : trouver une façon de se présenter au monde avec laquelle on est à l'aise, qui permette d'aller vers le monde avec moins d'angoisse et de stress dans la rencontre

Pour la société : changer le regard de la société sur les troubles, faire voler en éclat les préjugés, informer de la réalité du possible de rétablissement

L'empowerment : Personnel d'abord : la reprise de contrôle sur sa trajectoire de vie, ses choix ses envies

De groupe : le "*Nothing about us without us*" de Judi Chamberlain en 1988 (rien à propos de nous sans nous) ce qui veut dire se regrouper pour se soutenir et agir, être pris en compte comme des citoyens. Concrètement avoir voix au chapitre dans l'imagination et la création des politiques de santé mentale, leur exécution (travail pair notamment) et leur évaluation (commissions d'évaluations avec présence de pairs, du niveau local (un service) au niveau national (de façon professionnelle), le tout basé sur une réelle représentation démocratique (gestion paritaire ?)

La responsabilité personnelle : je ne suis pas responsable de mon trouble, mais je suis responsable de mon processus de rétablissement et surtout de son entretien.

Le Rétablissement est donc possible pour chacun d'entre nous. Personne ne peut construire notre rétablissement à notre place ou savoir mieux que nous de quelles composantes il a besoin. Celui-ci prend une temporalité unique pour chaque personne, par contre il est nécessaire d'être soutenu car

sinon on ne voit que la darwinienne partie émergée de l'iceberg de ceux qui entament et entretiennent ce processus: ils ne sont pas nombreux ceux qui y arrivent seuls. Et on pourrait alors croire que les cas de rétablissement ne seraient que des « success story » isolées, là où en fait, c'est de posture et de pratiques professionnelles qu'il faut parler, de relationnel familiaux et amicaux qu'il faut sensibiliser au rétablissement , pour réinsuffler de l'espoir et amener le soutien nécessaire.

## Préambule 2 : Le concept de travail pair et le travailleur pair

Il faut bien comprendre au sujet du travail pair qu'il s'agit **d'un métier en construction**, pouvant intervenir **au travers de champ d'activités multiples sur des fonctions différentes et des situations d'emplois variables**. Quelques soient ces variables, **cette identité métier est basée sur la reconnaissance du savoir expérientiel, l'expertise d'expérience comme socle de l'identité professionnelle**. Voici les champs concernés :

- La Médiation/l'accompagnement
- La prestation de service
- La coordination d'action/s
- La formation
- La participation aux actions et équipes de recherche

Le **travailleur pair** est une personne qui est **recrutée sur la base d'une trajectoire de vie et de rétablissement mise en relief** par une formation, lui permettant dans un premier temps d'**extraire** de son parcours personnel son « **savoir expérientiel**<sup>28</sup> » et ensuite de se former à savoir comment l'utiliser dans différentes situations d'emplois :

*Ex : Dans le cas de l'accompagnement/médiation : « il s'agit de se former à accompagner des pairs à acquérir sur eux-mêmes du savoir expérientiel, matière première pour construire en toute liberté leur propre chemin, processus de rétablissement à leur tour, mais aussi mettre son savoir expérientiel au service de l'équipe (réseau) à (auquel) laquelle on appartient »*

A noter que pour **beaucoup de mes pairs, affrontant des troubles de santé mentale dits « psychotiques sévères », c'est un fait, la médecine ne peut pas grand-chose**<sup>29</sup>, et c'est aussi le cas dans certain type d'addiction où il n'existe pas pour le moment de produits de substitution (cocaïne ; cannabis ; extasy, alcool, benzodiazépines). Donc **acquérir un savoir expérientiel sur soi** est une **matière première** nécessaire **quasi indispensable** à la construction d'un processus de rétablissement.

---

<sup>28</sup> Le savoir expérientiel est un savoir issu de l'expérience propre d'une personne et non d'un enseignement académique ou pratique.

<sup>29</sup> La médecine psychiatrique reconnaît qu'à peu près 30% des patients dits « psychotiques sévères » ne répondent à aucun traitement médicamenteux quand à l'action sur les symptômes dérangeants. Les traitements neuroleptiques dans ces cas là étant lourdement utilisés mais pour leurs effets secondaires (camisole chimique) pour traiter les conséquences sociales du trouble (le dérangement que suscite les symptômes sur les personnes environnantes). Les dernières études montrent un différentiel de 10 à 15 ans d'espérance de vie entre des personnes traitées toute leur vie aux neuroleptiques et les autres...  
[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf)

**Cependant, être en capacité d'accompagner** quelqu'un à le faire, techniquement parlant, pour que celui-ci construise son chemin en toute liberté et indépendance **n'est pas un passage nécessaire** pour être soi même en excellent processus de rétablissement, correspondant à ce que l'on souhaite vivre dans la vie.

**Pour simplifier, il n'est pas nécessaire de devenir un travailleur pair pour se rétablir, et l'on n'est pas travailleur pair juste parce que l'on vit un processus de rétablissement, le plus avancé soit-il... être travailleur pair, comme être éducateur, infirmier ou médecin, cela s'apprend...**

Ce savoir expérientiel, le travailleur pair apprend à l'utiliser au profit :

- De ses pairs
- De ses collègues (son environnement de travail)
- De personnes extérieures souhaitant se former

#### A destination des pairs

Ils voient leur chemin, leur processus de rétablissement, **facilité par l'impact de l'espoir du rétablissement, porté en discours incarné par le travailleur pair et soutenu par toute l'équipe.**

**Ils ont accès à un de leurs pairs, formé à les guider** sur la route de la compréhension de soi, de l'expertise de soi, de sa situation, sa façon de réagir, de sa connaissance des thérapeutiques, ou actions engagées avec l'équipe. C'est un plus non négligeable et scientifiquement évalué<sup>30</sup>. L'étude a montré des résultats explicites notamment quant à la confiance des usagers envers l'équipe et leur sentiment d'avoir face à eux une équipe plus « empathique ». Il s'agit pour moi, acteur de terrain, des marqueurs forts d'une qualité d'alliance avec les personnes suivies, alliance thérapeutique ou alliance avec une équipe pour favoriser l'inclusion sociale quelle que soit la problématique de base de l'action de l'équipe.

Dans l'acquisition de cette expertise sur soi, forme de compétence de rétablissement qui se renforce, le travailleur pair est parfois guide, parfois et même souvent juste oreille de confiance qui permet à la personne d'avoir un vis-à-vis. Ainsi le pair accompagné se sent en confiance (si la « connexion » se

---

<sup>30</sup> Bologna, M. J and R.T Pulice 2011: Evaluation d'un Programme Géré par les Pairs d'évitement à l'hospitalisation: une Etude descriptive *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 14 (4):272-286



fait bien, si une sorte de confiance presque parfois innée se fait) il peut parfois, laisser aller sa réflexion, ses envies, ses rêves face à un pair, plus « facilement et naturellement ».

Partant de là, la personne travaillant son Rétablissement et étant accompagnée peut partir à la recherche des éléments d'expertise sur elle-même nécessaire à la vie, l'entretien et le développement de son processus de rétablissement.

**L'accès à ce pair formé, à cette identité révélée, d'expérience, est aussi un accès à une banque d'expérience et de « trucs » issus du vécu, à essayer, ainsi qu'à un interlocuteur avec qui il est plus facile (sans crainte des conséquences) d'échanger** sur certains sujets et dans certaines situations aussi.

Il y a des sujets intimes ou que l'on juge « sensibles » (car l'enjeu du dévoilement nous paraît trop important, que cela apparait difficile à aborder seul avec l'équipe et que l'on a peur de sa réaction en rapport avec ce que l'on croit de notre capacité à nous faire comprendre par des non pairs.) Je ne m'étendrai pas sur le sujet, c'est un secret de polichinelle qu'il faut bien accepter de regarder en face.

**En effet les idées reçues des aidés** (malheureusement souvent à juste titre) sur les capacités des aidants ou leur manière de réagir à certaines situations, sont aussi **très fortes**.

*« Un psychiatre a beau tout faire pour enlever sa blouse, il en reste toujours une partie dans certains cas, et on n'arrive pas à l'enlever malgré tous nos efforts » Dr Emma Beetlestone<sup>31</sup> ...*

Je rajouterai que ce n'est pas si grave, si chacun en a conscience et que le psychiatre ne fait pas semblant. Chacun sa place, chacun son apport...

L'efficacité de la présence des travailleurs pairs dans les équipes est encore débattue par des chercheurs mais est reconnue comme une pratique basée sur des preuves scientifiques aux Etats-Unis.<sup>32</sup> Les débats penchent vers une amélioration du service ou un équivalent au pire mais je ne connais pour le moment aucune étude qui tend à démontrer que la présence de travailleurs pairs, en santé mentale, porte un impact négatif sur les personnes suivies<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Emma Beetlestone était la psychiatre de l'équipe Un chez soi d'abord de Lille lorsque j'y travaillais.

<sup>32</sup> Lisel Blach, MS, MPA, Krista Chan, BA, Susan Chapman PhD, 9/11/2015 The Peer-Provider Workforce in Behavioural Health: a landscape analysis, P20, Rapport pour la IC&RC (International Certification and Reciprocity Consortium). Ref: Centers for Medicare and Medicaid Services. Vol. SMDL#07-11\_(ed US Department of health and Human services ) (Baltimore, MD, 2007)

<sup>33</sup> Source note précédente, avec dans cette étude toutes les études de bases scrutées, comme références données par les chercheurs, le plus souvent l'impact dans tous les domaines est positif si il y a un minimum de « cadres » de facilitation mis en place, à la disposition de l'équipe (séances avec facilitation par un externe obligatoire). En ce concerne l'impact de la présence des travailleurs pairs sur la qualité globale du travail des équipes et aussi des bases d'habitudes d'analyse de pratique : ce serait lourd à lister ici des références de références mais pas de résultat de négativité, au moins une action de qualité

Selon la dernière méta-analyse de la littérature sur le travail pair en santé mentale et addiction, celle citée en note 20 et 21 : « Une autre grande étude d'observation des membres d'équipes ACT [équipes de suivi intensif pluridisciplinaire dans la cité, ACT= Assertive Community Treatment], incluant des travailleurs pairs, a montré que la présence de travailleurs pairs encourageait une plus grande confiance des usagers [vis-à-vis du service], aidait à une meilleure empathie, et augmentait le respect global des membres non pairs vis-à-vis du travail de leurs collègues pairs. »<sup>34</sup>

#### A destination de l'environnement de travail

**Le travailleur pair met ce savoir expérientiel à la disposition de ses collègues, de son environnement de travail.** Il aide à la compréhension du rétablissement, à l'orientation progressive de l'équipe vers la capacité à favoriser l'apparition et l'entretien du processus de rétablissement chez les personnes accompagnées. Il apporte un autre regard, un autre prisme d'analyse parfois, pour lever des quiproquos, nés de grilles de lectures faussées, biaisées par des théories inadaptées, non vérifiées, ou que l'on vient plaquer sur les personnes en apportant plus de crédit à la théorie qu'à la parole, au ressenti ou à l'analyse de la personne elle-même... : les dérives de la clinique...

#### A destination d'un public, d'un groupe

**Il peut mettre ce savoir à la disposition d'un public, d'un groupe souhaitant se former.** En effet ce savoir couplé à celui **de l'animation de formation**, permet la **transmission pédagogique**. Pour ma part, je suis formé comme MSP, et de part mon parcours personnel non lié à la maladie, je suis également compétent sur cet axe, ainsi que celui **de l'ingénierie de formation**, ce qui justifie que j'écrive aujourd'hui en tant que concepteur pédagogique et co-coordonateur national d'une formation professionnelle supérieure nommée « Pratiques Orientées autour du Rétablissement »<sup>35</sup>.

Des études montrent que, malgré toutes les difficultés d'intégration et les résistances, travailler en tant que travailleur pair, **dans un environnement qui s'en donne les moyens**, tend à

---

<http://memberboards.internationalcredentialing.org/EmailTracker/LinkTracker.aspx?linkAndRecipientCode=zw7u21agCX2C3ireuhY0jZ6yAeed8rr8D%2FJgMidCznvdmUwf9R8de6BPow1d7VL65e%2Fj73mA0n5uCj%2BEy23NI7kOPEt852bKaydBND5c8IQ%3D>

<sup>34</sup> Etude UCSF pour IC&RC, citée en note précédente traduction personnelle d'un passage P20

<sup>35</sup> Il s'agit du DESIU évoqué en introduction.

renforcer le Rétablissement des personnes concernées, cela dû visiblement à l'empowerment développé par le fait d'utiliser son savoir expérientiel de façon positive<sup>3637</sup>.

### Cependant des conditions de fonctionnement doivent être réunies<sup>38</sup> :

Sont nécessaires, à la fois des séances de supervisions générales comme d'analyse de pratiques régulières en équipe globale, couplée de la même chose dédiée aux travailleurs pairs exclusivement pour l'analyse de pratique, et l'accès sur demande du travailleur pair et au moins pendant les deux premières années, à une supervision par un travailleur pair superviseur.

Concernant les formes de travail pair ou les cadres d'exercice en dehors de la médiation que je vais développer plus longuement juste après, on trouve donc :

✚ **La prestation de service**, qui est un cadre d'exercice pouvant permettre diverses actions :

- **Propositions d'actions d'informations et de sensibilisation** dans divers univers, sur différentes thématiques suivant le profil et le savoir expérientiel du travailleur pair.
- **La facilitation d'actions de groupe diverses** : de l'accompagnement d'un groupe dans le processus de **constitution d'un collectif**, d'une « force collective », dans la **défense de leur droit**, la question de **la représentation des usagers**...., à l'animation de **focus groupe** dans le cadre d'une recherche action à vocation évaluative notamment...en passant par la **proposition d'activités de médiation**, soutien, culturelle, sportive, de bien être... etc dans les **gem, les accueils de jour, hôpitaux de jour**, à destination des professionnels comme des personnes concernées. **Et les CLSM** ...<sup>39</sup>
- **Le consulting**, conseil auprès de n'importe quel environnement souhaitant réfléchir à la prise en compte des problématiques de santé mentale ( d'un CHRS, une collectivité, en passant par un hôpital.. tout lieu accueillant du public, n'importe quel espace de droit commun ouvert au public.

<sup>36</sup> Voire: Ahmed, A.O., K.M. Hunter, A.P Mabe, S.J. Trucker and P.F Buckley.2015 The professional experience of Peer Specialist in the Georgia Mental Health Consumer Network. *Community Mental Health journal*  
Moran, G.S, Z Russinova, VGidugu, J. Y Yim and C. Sprague.2012. Benefits and mechanism of Recovery among Peer providers with psychiatric illnesses. *Qualitative Health Resarch*. 22 (3): 304-319

<sup>37</sup> Voir rapport commandé par le National Health Service, relative à l'expérimentation écossaise, 2011  
J ai traduit certaines parties pour mon mémoire de DU de MSP en 2012, surtout les recommandations de mises en pratique en 2011 : Catherine Deschamps Leroux en fait aussi, visiblement, une traduction partielle dans sa partie, dans le rapport d'évaluation du CLERSE...

<sup>38</sup> Cf précédente et mémoire DU Alain Karinthi septembre 2012 MSP

<sup>39</sup> CLSM : Conseil Locaux de Santé Mentale qui parfois existent et dans lesquels des MSP pourraient avoir pour mission d'organiser la tenue et le déroulement, non d'être les représentants des usagers.

- **Le tutorat**, accompagnement de travailleurs pairs en « construction », et/ou de son environnement de travail/de stage

#### ✚ La formation :

- **Former les secteurs de la formation d'adultes** dans les **métiers sanitaires, sociaux, médico-sociaux**, d'accueil de public à une vision autre de ce que nous sommes.
- **Former (proposer des outils concrets) autour du concept de favorisation de « l'utilisateur acteur »** de son parcours (en direction des professionnels comme des usagers), faire de même (outils concrets) en direction des usagers collectivement vis-à-vis de la notion de participation (information de ce qu'est un CVS<sup>40</sup> par exemple)
- **Former au plaidoyer personnel**, par un pair qui a vécu cela : cela veut dire tout simplement trouver une façon qui nous est propre de se présenter au monde et avec laquelle on est à l'aise, qui nous permette de rencontrer le monde sans l'angoisse, le stress, de ne pas savoir se justifier et donc être mal à l'aise, parfois en permanence...

#### ✚ Le témoignage, l'information grand public sur notre réalité de vie: le plaidoyer public

Ici il s'agit de celui où l'on a choisi, en toute conscience, d'avoir une action sur la vie de tous les pairs en passant par l'utilisation, sans fard, de la mise en lumière de son histoire et son « étiquette » comme arme dans notre combat de destigmatisation !

**C'est le courage, la force, de ceux qui donnent au grand jour leur histoire**, des autos « narratives studies »<sup>41</sup> qu'ils assument en pleine lumière, **qui portent ce pilier si important du Rétablissement**. Ils sont pour moi ceux qui ont le plus de courage, je ne sais pas où ils trouvent leur force.

#### ✚ La coordination d'action(s) : Comme beaucoup d'identités métiers intervenant dans une équipe pluridisciplinaire, le travailleur pair peut **évoluer vers de la coordination de l'action**

<sup>40</sup> CVS : Conseil de Vie Sociale : Assemblée consultative des usagers d'une structure médico-sociale soumise aux dispositifs de la loi 2002.2

<sup>41</sup> Genre dans l'anthropologie médicale qui revient pour ce que j'en ai compris à échanger avec un anthropologue qui reconstruit le parcours de vie d'une personne. L'anthropologue y trouve de la donnée de recherche en en faisant avec beaucoup de gens. Les personnes elles, gagnent un document qui est un déroulé de leur vie auquel ils ont participé au couchage sur le papier.

de d'équipe, ou « **chargé de mission** » sur une thématique précise comme pour moi, la mise en place et la coordination du DESIU.

Dans tous ces domaines d'actions le **point commun**, c'est que le travailleur pair est **toujours un PAIR**, ce qui signifie qu'il vit avec un handicap (psychique pour le cas du travail pair en santé mentale) et qu'il est nécessaire, **primordial** (normalement pour tous les acteurs mais davantage pour lui) qu'il ait **accès à un accompagnement, au tutorat d'un pair référent, tiers**, (au moins libre) mais aussi l'équipe. L'importance de l'intensité de cet accompagnement individualisé varie selon la capacité de gestion et d'évaluation de son propre niveau de Rétablissement par le travailleur pair. Le Travailleur pair le plus indépendant étant celui qui est capable de faire varier à sa demande (selon son ressenti), son niveau d'accompagnement et, en réflexion avec son encadrement, porter une réflexion sur son mode de soutien, et d'accompagnement. Il pourra ainsi prendre soin de sa santé mentale, (ou autre : sociale, ...) au travail.

De plus, avec davantage d'expertise sur lui-même, il sera de plus en plus en autonomie vis-à-vis de cette demande de soutien et en apaisement vis-à-vis de ces situations, ou du stress. Il s'arme contre celui-qui peut survenir avec l'expérience : lorsque l'on voit grâce à elle venir des situations dont l'on sait à l'avance qu'on ne sait pas encore très bien les gérer.

## I. Le travailleur pair de médiation en santé mentale : un tout petit nombre d'acteurs en France

### A. Qui est-il ? A quoi sert-il ? Quels services peut-il rendre ?

Tout d'abord, on ne considère pas le fait d'être pair avec quelqu'un en rapport avec un **diagnostic**, **mais** en rapport à une communauté de vécu au sens large, de trajectoire de vie, de souffrance, d'exclusion, de stigmatisation... **et la reconnaissance d'un travail de recherche de parcours rétablissement**, à vivre tous les deux, quand il s'agit d'accompagnement de l'autre.

**En France**, le travail pair en santé mentale salarié, débute et ne représente qu'un **petit nombre d'acteurs** : Quelques indépendants prestataires, quelques animateurs de GEM<sup>42</sup> formés et diplômés qui étaient usagers et membres du GEM à la base, (nombre difficile à estimer) et quelques MSP : une trentaine en France actuellement en poste au travers de deux programmes et un hôpital et depuis peu, dans le secteur médico-social.

C'est eux qui par leur petit nombre, focalisent tant les regards, et ont pu déclencher autant de lever de boucliers, de peurs, de résistances...

Il faut dire que nous représentons **une identité professionnelle complètement nouvelle**, matérialisant, **incarnant, une révolution dans les postures et les pratiques...**

Oui ce qu'ils sont, Oui ce que nous sommes, **vous bousculent, questionnent vos pratiques**, les **attaquent** parfois et pas toujours de manière très tendre<sup>43</sup> :

**Mais nous ne menaçons ni vos identités professionnelles, ni vos métiers.** Nous vous **poussons à les rediriger**, certes, à les **questionner**, mais pas du tout à les faire disparaître. **C'est ensemble** que nous pouvons être meilleurs, laissez nous juste vous **apporter notre regard, notre expertise**, notre « insight »,<sup>44</sup> sachez la reconnaître, **lui donner la valeur qu'elle mérite, apprenez à nous faire une place, à accueillir ce qui remet en question vos habitudes, vos certitudes.**

---

<sup>42</sup> GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle, structures pour personne portant des troubles psychiatriques ou des traumatismes crâniens, financées depuis 2005 par les ARS (Agence Régionale de Santé) depuis la loi sur le Handicap de 2005, dont le but est de briser l'isolement, de façon plus moins autonome.

<sup>43</sup> C'est un euphémisme, surtout venant de moi..., ceux qui me connaissent peuvent en rire et vous le confirmer...

<sup>44</sup> L'insight est difficilement traduisible de l'anglais mais se comprend pas une sorte de ressenti instinctif des situations dû au savoir expérientiel et que le travailleur pair apprend (là se trouve une partie du savoir être à acquérir en formation) à utiliser au profit de l'accompagnement pour la personne et l'équipe.

N'oubliez **jamais** quand un MSP vous critique (si ca vous arrive à l'avenir et ça arrivera si vous choisissez de travailler avec un MSP), que ses critiques, et parfois le **sentiment d'attaque** que vous pourrez en ressentir, ne sont **jamais** premièrement quelque chose de **personnel**.

Surtout, n'oubliez pas que nos réactions vives sont souvent **basées sur des souffrances réelles, vécues dans la chair**, d'un niveau que vous ne pouvez peut-être même pas vous représenter, tant les cicatrices peuvent aujourd'hui paraître hermétiquement refermées (grâce au Rétablissement). N'oubliez jamais que ces réactions sont fruit d'une **souffrance subie peut-être par le soin** ou un autre système, souvent par l'attitude de personnes de ces systèmes, et **peut être de quelqu'un ayant la même identité métier que vous**.

**Ce sentiment d'écrasement, d'inégalité, de déséquilibre dans la relation, que vous ne percevez pas (c'est souvent là l'origine de la réaction vive du travailleur pair), peut être un indicateur. Vous êtes souvent du « bon » côté : le côté de celui qui a pu causer des traumatismes sans s'en rendre compte par sa pratique. C'est là que notre insight fait que nous le ressentons et parfois ne parvenons pas complètement à maîtriser les réactions verbales, une « engueulade » (« non mais ce n'est pas possible de faire cela... ; non mais ce n'est pas possible d'agir comme..., non mais ce n'est pas possible de ne pas voir cela...»)**

**La contention, l'isolement, cause des traumatismes que vous ne soupçonnez pas... surtout en phase psychotique avec le morcellement ; l'angoisse délirante... comme n'importe quelle violence en fait... la violence cause des traumatismes... la violence dans le système d'aide n'est pas seulement physique... l'inégalité, le déséquilibre, l'infantilisation, la dépossession.... La violence subie, causée par un système prévu comme étant censé vous protéger et prendre de soin de vous, est d'autant plus source de traumatismes.**

Les travailleurs pairs dits de médiation inclus en équipes d'accompagnement en santé mentale, sont en France, **les médiateurs de santé pairs** (au Québec, pairs aidants).

**Dans les faits, sur le terrain, leurs actions sont diverses. Elles dépendent des contextes, des cultures...** un MSP en **extra hospitalier** dans un Centre Medico-Psychologique « **classique** » (CMP) n'aura **pas forcément les mêmes actions** qu'un MSP sur un **CMP orienté réhabilitation psychosociale**... ou qu'une **équipe mobile de psychiatrie précarité**. C'est la même chose pour l'intra-hospitalier ou encore sur les services dépendant du médico-social... cela dépend de l'orientation du projet de service... C'est un peu comme pour les éducateurs spécialisés..

Un MSP peut participer à tout ce que l'on peut imaginer avec lui pour l'équipe... **Son rôle premier, l'essence de son identité professionnelle**, avant de développer des compétences spécifiques, est **d'améliorer la « connexion »** avec ses pairs afin de faciliter **tout acte (orienté rétablissement bien sûr...)** de son équipe, **qui relève ou pas d'un acte technique encadré, protégé, réservé à des professions identifiées**, comme certains type d'acte infirmier, la prescription médicamenteuse pour les médecins, où le diagnostic...etc<sup>45</sup>

## B. Etat des lieux en France

Il existe deux programmes nationaux de recherches lancés en 2012 et reconduits, au moins pérennisés dans ce qu'ils sont aujourd'hui, qui emploient des MSP en France. L'un est éponyme et centré sur le métier et l'autre intègre des MSP dans le design des équipes de la méthode d'accompagnement qui est au cœur de la recherche. J'ai eu la chance de participer et de m'enrichir de l'expérience des deux programmes.

En plus de ces programmes de recherche l'AP-HM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille) avait en précurseur déjà intégrée des médiateurs-pairs, sous l'impulsion du chef de pôle et du chef service de son EMPP<sup>46</sup>.

On peut dire que le mouvement<sup>47</sup> et l'intérêt suscité par ces initiatives à leurs débuts, associés aux résultats (pour ceux que l'on commence à avoir)<sup>48</sup> amènent aujourd'hui des équipes de soins et des organisations (association gestionnaires d'établissements de services médicaux-sociaux par exemple) à se poser la question, à imaginer, et sauter le pas de l'intégration d'un travailleur pair voire même d'un médiateur de santé pair.

---

<sup>45</sup> Voir ici le rapport final d'évaluation qualitative du programme national Médiateur de Santé pair effectué par le CLERSE sous la direction du Pr Lise Demailly

Voir aussi, lorsqu'il paraîtra, la version finale du rapport d'évaluation qualitative du programme « Un chez soi d'abord » sous la direction du Dr Christian Laval, remise en Juillet 2015 mais non encore parue, dont une partie traite des MSP dans le programme. Cela complète la vision du premier où les MSP Lillois ayant suivis les deux programmes, n'ont pas été retenus dans l'étude. Ma position d'ancien MSP sur ces deux programmes et ma participation à des rencontres de recherches concernant le travail de recherche qualitative pour le 1<sup>er</sup> chez soi m'ont permis d'avoir accès à ce document en « avant première ».

<sup>46</sup> EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité dirigée par le Dr Vincent Girard, dépendant d'un pôle dirigé par le Pr Jean Naudin : Herman Handlehuber, 1<sup>er</sup> travailleur pair de la rue, puis Claude Lefebvre, 1<sup>er</sup> travail pair de la psychiatrie et de la rue, et Eglantine Simonet 2<sup>eme</sup> travailleuse pair « psy », avec Claude, cheville ouvrière de la création de la première méthode de réhabilitation en intra par et pour les pairs animée par des MSP. Aujourd'hui animée et augmentée par le travail de la MSP Caroline Gianinazzi

<sup>47</sup> Il faut se souvenir de la levée de bouclier contre l'expérimentation MSP par l'intersyndicale des infirmiers

<sup>48</sup> Un chez soi, Quantitatif, Le rapport du CLERSE CCOMS



**Le programme éponyme est : le Programme MSP CCOMS-Université Paris 8**, en partenariat avec les formatrices du Pair-aidant Réseau du Québec. Ce programme était financé par la CNSA<sup>49</sup> et 3 Agences Régionale de Santé (ARS : à savoir Ile de France, Nord-Pas de Calais, Provence Alpes Cote d'Azur).

**Le second programme national est : le Programme Un Chez Soi d'Abord** : Il s'est déroulé sur 4 agglomérations au sens large : Lille (jusque Tourcoing), Paris, Marseille, et Toulouse, financé par la CNSA et des fonds étatiques dédiés à la prise en charge des personnes en urgence<sup>50</sup>.

### Le programme Médiateur de Santé Pair du CCOMS

**Il s'est agi d'une formation en emploi**, avec **inclusion** dans une équipe de soin (intra ou extra) après une première période de formation. Système de **temps** « d'alternance » pendant la durée de la formation, sur **8 mois**, 2 semaines au départ puis une semaine de regroupement, toutes les six semaines, jusqu'à la présentation d'un mémoire et le passage d'une épreuve écrite.

La formation a été portée par **Paris 8** sous la forme d'un Diplôme Universitaire, construit en partenariat avec le **Pairs aidant réseaux** (dont nos formatrices québécoises furent Nathalie Lagueux et Noémie Charles).

La formation en accélérée mise au point par le pair-aidant réseau québécois nous a été donné avant de commencer notre activité dans nos équipes de travail.

Ensuite les semaines de regroupement nous ont familiarisé avec l'histoire de la psychiatrie, des droits des patients, de la psychopathologie.

Je ne vais pas faire ici le détail des activités de chacun tant les environnements de travail étaient différents. J'y ai consacré en fait toute la seconde partie de mon mémoire de DU de MSP et ma conclusion était que l'environnement d'emploi fait autant le travail pair effectué que le travailleur pair lui-même.

**De cette expérimentation, à laquelle ont été associés jusqu'au diplôme, mais pas jusqu'à la fin de la recherche, deux médiateurs du programme Un chez soi, ( je suis l'un des deux), 16 MSP dans des circonstances très diverses et d'accueil et d'actions, sont toujours en poste.**

---

<sup>49</sup> CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

<sup>50</sup> Techniquement le BOP 177, ligne de financement dépendant de la Préfecture, de l'Etat

**En ce qui concerne la reconduction, il faut se rapprocher du CCOMS.** Elle s'orienterait vers sanitaire et le médico-social, sous forme de licence professionnelle. (bac plus deux ou équivalent (vae) en poche à l'entrée).

### Le programme Un Chez Soi :

Il s'agit, pour un MSP, d'être inclus dans une équipe pluridisciplinaire de suivi intensif où l'on teste une méthode globale d'accompagnement en logement direct depuis la rue, sans contrat de soin, ni contrainte de traitement pour des personnes sans abri ayant des troubles psychiatriques sévères (le critère addictif n'est pas discriminant).

Cette méthode « housing first » inclut des travailleurs pairs avec un savoir **expérientiel santé mentale et/ou rue et/ou addicto...**

Cette méthode « housing first » a été **maintes fois évaluée** et reconnue comme correspondant à une « Recovery oriented practice »

**La présence de travailleurs pairs dans l'équipe augmente l'orientation rétablissement de toute l'équipe car il agit comme un thermomètre, un baromètre, parfois même contre son gré, (par exemple quand il a du mal à exprimer calmement une perception de son insight, c'est souvent un signe).**

On peut donc compter une petite vingtaine de médiateurs de santé pair, liés au programme lancé par le CCOMS, ainsi qu'une petite dizaine en activité sur le programme Un chez Soi.

Il y a en plus de ceux là, deux précurseurs : les historiques marseillais.

Hermann Handlhubler et Claude Lefebvre, ce qui nous amène en tout, à une trentaine en activité.

Cela fait une **quinzaine d'équipes qui travaillent ou essaient**, se penchant sur le rétablissement de **façon plus ou moins approfondie**, en intégrant les concepts du processus de rétablissement, l'espoir du rétablissement, dans leur dynamique, avec leur file active.

La **diffusion progressive** de tout cela touche un nombre de pairs qui se multiplient en tâche d'huile, facilitant et amplifiant l'inclusion et l'utilisation du travail pair.

### Le programme Working First 13

Ce programme met en commun des personnes ressources à disposition, provenant de 3 services Marseillais différents: de l'EMPP MARSS, des services de réhabilitation psychosociale du Pr Christophe Lançon (aussi responsable adjoint du DESIU « Pratiques Orientées autour du Rétablissement » ainsi que d'un partenaire associatif, pour travailler à l'inclusion professionnelle de personne souffrant de troubles psychiques selon une méthode très particulière dite IPS (individual placement and support) dont deux porteuses du projet ont été formées à Montréal.

Ce programme est novateur par deux aspects :

- Il essaie de développer en France la technique dite IPS (individual placement and support). On place et on soutient en emploi. Ce n'est plus le traitement puis l'emploi.
- **Et** ce n'est pas le cas dans la méthode originale, c'est une première, dans le monde de l'accompagnement vers l'emploi, deux médiateurs pair sont associés depuis le début à l'accompagnement des personnes.

J'ai assisté et participé de la réflexion sur la naissance de ce dispositif, puis il a vogué seul vers une réelle pratique.

### **C. Le MSP, un acteur par essence polymorphe dans son action elle-même et selon son lieu d'exercice**

Selon son histoire, son environnement d'équipe, son envie : sa façon d'être à l'aise avec la mise à disposition de son « savoir expérientiel », son action est différente.

Le MSP **se forme en situation** tout comme **le lieu qui l'accueille**, se **forme à l'accueillir**, c'est-à-dire se forme à l'utiliser, donc à **travailler selon un axe et une posture différente** de ce qu'il faisait jusque là : **orientée vers** la facilitation du développement du processus de rétablissement **en germe chez chaque pair**, chaque usager, chaque « personne concernée ».

Chaque usager, candidat MSP, qui se forme, **trouve en lui**, comme il trouve en lui-même son chemin de Rétablissement personnel, **sa manière** d'être travailleur pair.

Il trouve, souvent en formation, son type de « terrain d'action », selon ce qu'il a vécu, là où il se sent à l'aise et ce qu'il veut développer.

*Ex: vouloir faire connexion<sup>51</sup> (être MSP repose sur ce pivot), avec des gens de la rue dans une équipe type Un chez Soi peut venir avec la même qualité opérationnelle d'un expérimentiel personnel de la rue et de l'addiction en plus de la santé mentale, que d'une trajectoire de recherche de construction d'une activité professionnelle dans la pair-aidance auprès des exclus, après une trajectoire santé mentale, (faire connexion et utilisation du savoir expérimentiel). Le tout est d'être vrai dans sa démarche, « nature peinture » comme on dit à Marseille !*

**Un MSP** peut faire de **l'accompagnement dans toutes les sphères de la vie**, en tout cas potentiellement. Il peut animer ou faciliter un mouvement collectif autour de **l'auto support** (du groupe entendeurs de voix<sup>52</sup>, idées non partagées<sup>53</sup>, dépression, défense des droits, information sur les droits, réunions thématiques, réunion communautaire, à l'atelier cuisine, esthétique ou relaxation ...), mais **également de l'éducation thérapeutique par les pairs... ET de l'insertion Professionnelle ...**

Il s'agit d'emploi du type job coaching, emploi accompagné. Mais sur cet axe, il n'existe **aucune donnée en France**. La « seule » ou, presque, à se poser la question de l'intérêt que cela pourrait représenter et à faire un mémoire dessus, **c'est donc comme je l'avais évoqué plus haut, Claire Karinthi, ma sœur.**

---

<sup>51</sup> Faire connexion veut dire que l'on se reconnaît comme pair, que le lien est vrai : la connexion est le cœur du métier, sinon on a plus rien à apporter de particulier, c'est notre valeur ajoutée. Nous n'avons pas l'exclusivité de l'établissement de la « connexion » mais ne pas être « soi » se construire une attitude : c'est normal chez un professionnel, c'est dangereux pour un MSP. « On n'est pas un autre clown que son clown au cirque » C'est connu. Sinon après même avoir un savoir faire technique appris à l'école ne sert en rien pour l'équipe : on sonne faux pour les pairs

<sup>52</sup> Notamment si il est formé par le REV réseau français sur Entente de Voix ; grand partenaire du mouvement du Rétablissement  
Vncent Demassiet : l'expert usager du REV

<sup>53</sup> Un Paranoïa Network existe en Angleterre et dans le monde, différent du Hearing Voices Network (dont fait partie le REV français)  
Les méthodes et philosophies sont si proches, que en France, ayant avec quelques autres lancé le premier groupe parano ou idées non partagées, et discuté avec le REV, je ne suis pas sur qu'il faille deux organisations distinctes.

## II. La formation

### A. Au départ, un même principe de base pour tous

Dans un premier temps, Il s'agit de l'**extraction de son propre savoir expérientiel**.

**De part un retour sur SON parcours de vie, en parallèle (ou grâce à une fécondation croisée pendant cette acquisition qui modifie un parcours, les deux situations d'apprentissage sont possibles) de l'acquisition d'un savoir objectivé sur les mécanismes à l'œuvre dans un processus de rétablissement** (savoirs provenant de recherches en sciences humaines et sociales ainsi que médicales) **se met en place un processus réflexif qui aboutit à l'émergence de ce qui est appelé « l'expertise d'expérience ».**

Dans un second temps le travailleur pair choisira un/des savoir faire, pour utiliser ce savoir expérientiel. On a vu qu'il pouvait s'intégrer à beaucoup de secteur d'activités.

Dans le cas où le futur travailleur pair envisage de devenir MSP, (en majorité, c'est sur le champ de l'accompagnement), son savoir-faire passe par une acquisition de savoir-être. Son activité se jouera avant tout sur un « **SAVOIR-ETRE** » de mise à disposition de son savoir expérientiel pour les pairs autant que pour les collègues.

Ensuite vient le temps de l'acquisition d'outils et de savoir faire d'utilisation d'outils **facilitant l'entretien du processus de rétablissement :**

Ces outils ont **vocation à aider les pairs** accompagnés à **développer leur connaissance**, leurs expertise d'eux-mêmes, ou à les aider à développer leur emprise sur leur parcours personnel, sur leur pouvoir d'agir, (l'empowerment). Il y a **des fois, (et même souvent), cela peut être face au soin**, face à un psychiatre, à un éducateur, à une curatelle etc... **L'objectif est que la personne regagne son pouvoir d'agir, sa confiance, reprenne possession d'elle, et des décisions qui la concernent pour que les rapports avec le soin, ou n'importe quel environnement mais surtout ceux censés l'aider, se rééquilibrent. De là, et seulement de là, de ce rééquilibrage, peut émerger une réelle alliance thérapeutique !**

Toujours dans l'objectif de mettre cela au service de tous, permettant le **lien entre deux mondes**, comme l'indique l'intitulé, « **Un Médiateur** », nous devons apprendre à **optimiser le levage de freins potentiels à un processus de rétablissement, mais cela de façon stratégique !**

Les **actions de soin classiques** sont trop souvent le fruit de situations tributaires de la mauvaise rencontre entre la **non expérience personnelle des soignants**, et/ou la **non confiance des accompagnés** dans la capacité des soignants à ne pas les déposséder ou décider des choses graves (il s'agit là d' une conséquence, ce n'est pas inné).

**La non confiance dans le fait d'être à égalité** dans la relation **produit la non expression** de choses très importantes et **bloquent des évolutions favorables** possibles pour une personne **et donc le champ de ses possibles**.

## JE PERSONNIFIE L'ESPOIR ET MATERIALISE SA REALITE

### B. Dynamique de formation

La première phase, identique dans presque tous les cursus<sup>54</sup> de MSP, mais aussi d'autres types de travailleurs pairs d'ailleurs<sup>55</sup>, permet de se placer vis-à-vis de l'action que l'on aura à développer, de se tester dans le but de trouver, presque naturellement sa bonne distance émotionnelle, entre son action à venir, son vécu, et là où l'on se trouve en terme de rétablissement..

C'est pour cela qu'on opère, en formation le plus souvent<sup>56</sup> une **dynamique synchrone** entre un **apport de savoir objectivé et une demande de l'aspirant, de réflexion, de retour personnel, sur sa trajectoire**. Cela lui permet de construire ce qu'est son savoir expérientiel, forcément unique, de voir mieux en lui selon son histoire comment il construit ou a construit son processus de rétablissement. Par ce processus, il peut commencer à identifier des possibles futurs, pour sa mise en perspective, son utilisation, et sa mise à disposition sur le terrain. Cette mise à disposition, il peut l'apprendre et la tester sous diverses formes :

- ✚ Dans un seul et même environnement (contrat de professionnalisation ?)
  - Plein temps ou non dans une équipe
  - Alors la formation de l'équipe est indispensable.

- ✚ Dans divers environnements par des stages successifs ?

<sup>54</sup> Dont j'ai vraiment pu avoir accès à la trame interne: une petite vingtaine

<sup>55</sup> Idem

<sup>56</sup> Il existe beaucoup de formations aux Etats –Unis, les états s'occupent des certifications et celles –ci sont souvent réciprocaires d'un état à l'autre, par accords. Les formations se ressemblent souvent au final.

- Les premières compétences tournent autour de la présentation, le dévoilement, la découverte et la compréhension du regard « accompagnant/soignant », le « vécu accompagnant /soignant»
- Deux stages de 15j au moins sont nécessaires pour l'acquisition de ces compétences de bases

Dans ce deuxième cas, la sensibilisation du lieu est tout de-même nécessaire, mais ne nécessite pas une formation comme dans le premier.

### C. A quoi et pourquoi la formation du terrain en même temps ?

#### Pourquoi former un environnement ?

**Parce qu'il en va de la santé du MSP, des membres de l'équipe, donc d'un service tout entier !**

Les risques psychosociaux sont importants. C'est ce que nous apprend malheureusement le **rapport final d'évaluation du CLERSE au sujet du programme MSP de 2012 mené par le CCOMS. Un environnement pas formé**, pas préparé, peut **produire la détérioration de la santé mentale du MSP**, une expérience très dure pour l'équipe et donc un **niveau de souffrance inacceptable !** Par chance, cela n'a pas été mon cas mais **je l'ai vu !** J'ai vu certains de **mes pairs vivre l'horreur** dans des lieux qui ne comprenaient pas leur rôle, leur intérêt, ne reconnaissaient pas comme digne d'intérêt leur action et pour certains cela a sonné l'arrêt !

Ensuite, **intégrer une nouvelle identité professionnelle**, composer avec une nouvelle identité métier c'est intégrer, **faire place** en reconnaissant une nouvelle posture, un nouveau regard, de nouvelles pratiques.

(L'**efficacité** de ces pratiques<sup>57</sup> est **démontrée** scientifiquement, par des preuves, des recherches comparatives etc....)

**Etre un terrain d'accueil de stage** veut que l'on ait réfléchi à quel type, quel projet de stage on accueille ? Est ce cohérent avec le stagiaire, et le service ? Avec les deux ensembles ?

---

<sup>57</sup> Pratiques dites « orientées rétablissements »

Un terrain peut fort bien accueillir des premiers stages sans être encore prêt à accueillir des stages de mise en place d'activité par et pour les pairs, porté par le médiateur en autonomie....

C'est ici l'exemple, voir la métaphore de l'entraîneur, en sport de combat ou en gym, qui peut te faire progresser non seulement selon toi mais aussi selon ce qu'il peut lui aussi « parer » et ne peut pas, ne doit pas, aller au delà de ses limites.

### Un environnement formé à quoi ?

**Tout d'abord au même savoir objectif sur le Rétablissement**, ce qui le favorise, ce qui le freine, bloque un processus...et sans même qu'on s'en aperçoive...ce qu'est un MSP.

Du médecin à l'aide soignant et aux ASH pour moi dans l'hôpital par exemple

**Beaucoup d'attitudes classiques** de la relation d'aide, sociale ou thérapeutique, qui sont **considérées comme justes**, comme « normales » sont **en fait bloquantes, favorisant un déséquilibre**. Par exemple, beaucoup d'attitudes concourent pour une personne à lui faire perdre confiance dans sa capacité à savoir ce qui est bon pour elle, la dépossèdent de son autonomie, fragilisant sa confiance en elle, en ses ressources, en ses forces et donc instaurant, entretenant le déséquilibre dans la relation « aidant/aidé ».

*Par ex : contractualiser sans « vraie connexion » avec une personne, avec des objectifs sur elle, ça crée de l'anxiété...et avec le déséquilibre de la relation, le moment de bascule où ces objectifs ne sont plus les siens mais les vôtres, que sa temporalité n'est plus respectée, n'est pas forcément identifiée par le professionnel... la personne n'est que dans très peu de cas capable de le dire, et le professionnel de l'entendre... il faut une confiance énorme, une vraie connexion... et ça c'est le quotidien de mes pairs !!!*

**Rétablissement : Métaphore du trou noir en astro physique : En Rétablissement comme en Astro-physique, si on n'est pas formé au Rétablissement (trou noir), on passe à côté de lui et de ses bloquants.**

Donc, Il apparaît nécessaire de **se former à parler le même langage...** et ainsi **développer sa capacité à inclure** un MSP, ce qui en plus le rapproche du sens global de sa mission : **développer une pratique favorisant le Rétablissement des personnes accompagnées par l'équipe où il travaille..**



Je préconise que **la temporalité de la découverte soit la même, à savoir la formation des travailleurs pairs et de l'équipe**. Tout le monde **mature ensemble** vers le changement des postures, des pratiques, passage inhérent à la volonté de favoriser le rétablissement de quelqu'un....

Créer des conditions de « non blocage » et attendre dans le respect de sa temporalité...

### **Phrase image**

Travailler à créer les conditions du Rétablissement : « **Avoir l'esprit d'un fabricant de terreau qui ne sait pas quelle plante poussera. Il ne présage pas de ce qui y poussera, lui il aime toutes les plantes de toute façon, il s'assure juste que rien de toxique n'est là, pour être certain que toute belle plante, quelle qu'elle soit, puisse pousser, et il fait tout pour.**

**Pour le parcours de Rétablissement, voici l'image, l'exemple du chêne, de la rose, de la fleur, du cèdre, le temps...l'espoir :**

*Rappelez vous : Je fais un bon terreau, avec la même application et qualité et l'espoir qu'il serve à une belle plante : je ne sais pas s'il (mon pair) est une belle fleur ou un cèdre, mais je sais que nous sommes tous des belles plantes dont l'espoir en nous même et des autres en nos possibles est aussi essentiel que l'eau. Cet espoir se puise souvent dans le regard de l'autre »*

**Ni tirer, ni pousser, ni porter !**

**Et ne jamais travailler à l'accompagnement de quelqu'un vers son Rétablissement quand on n'y croit pas à fond, ou plus suffisamment... c'est toxique pour la personne car il lui manque de l'espoir : l'espoir qui devrait se trouver dans vos yeux et dont il a besoin : ayez VRAIMENT confiance !!!!!**

## D. Etat de l'offre de formation en France

### Pour devenir MSP spécifiquement :

Il n'en existe qu'une seule jusque maintenant. Elle a été imaginée en premier lieu comme une formation tournée vers le secteur sanitaire, **intra hospitalier ou extra hospitalier** mais la réalité de vie de cette formation l'a orientée également vers le secteur **social et le médico-social**.

✚ Le Diplôme Universitaire de Médiateur de Santé Pair

Co- construction CCOMS, Université Paris 8

- 1 session en **2012**
- Prochaine en septembre 2017, construction en cours de finalisation.
- Prête pour évoluer vers une licence professionnelle avec Paris 8..

Entrée en formation avec un niveau minimal de bac plus 2 ET un poste dans une équipe sanitaire ou médico-sociale :

- Système d'alternance entre cours et terrain
- 1 médiateur tutoré /équipe
- une formation de l'équipe sur un volume de 30h/équipe

Le CCOMS est toujours en attente (au 20/01/2016) d'une réponse définitive des financeurs du programme complet, d'accords entre partenaires, et d'une réponse définitive du ministère de l'éducation nationale.

### Evoquant le processus de rétablissement ou la médiation

✚ Le DIU santé communautaire CCOMS. Son champ concerne la question de la santé dans la communauté, il n'est donc pas centré sur le rétablissement en santé mentale, mais l'évoque.

### Concernant le Rétablissement et les pratiques orientées rétablissement

✚ **Le DESIU « Pratiques Orientées Rétablissement »**

**Il est ouvert à tous**, usagers et professionnels, de toute identité professionnelle de l'animateur au psychiatre en passant par l'éducateur et le psychologue, militant ou membre de la société civile sont les bienvenus, **c'est là que se situe en partie sa plus value**.

Il est porté par les Universités d'Aix -Marseille, Lille II et Toulouse III, ainsi que des **collaborateurs universitaires et du monde de la recherche parisien** sur les rails dès la 1<sup>ère</sup> année. (Les **Dr Tim Greacen et Emmanuelle Jouet** du **laboratoire de recherche de l'EPSM maison Blanche**, ainsi qu'un universitaire, chercheur, acteur dans le monde de la réflexion sur le travail et le handicap psychique : **le Pr Bernard Pachoud**)

La formation s'est construite autour de 4 semaines de regroupement étalé sur 6 mois. Elle s'est déroulée sur quatre villes différentes. A la suite de cela les étudiants ont composé un mémoire et l'on soutenu devant un jury. Il s'agissait là de leur mode d'évaluation.

**Elle donne aux usagers, au delà de l'enseignement en lui-même et de l'expérience de ces 4 semaines** la possibilité de **construire des conventions** avec des lieux de stage et **d'être accompagné, à la hauteur de leur souhait**, dans des stages pratiques. Ils peuvent grâce à cette possibilité, sur le papier, **construire une acquisition de compétences, à la carte**, et se mettre sur les rails du travail pair. Cette acquisition est un possible mais, est je dirais, l'utilisation poussée du dispositif. La formation base permet déjà **d'être fortement sensibilisé** au savoir être médiateur...

Ce n'est pas **une formation au métier de MSP** en tant que tel mais elle est pensée pour pouvoir **servir d'outil**, si l'utilisateur veut s'en saisir...

**Pour les professionnels**, elle sert également d'**outils de formation aux savoirs êtres et pratiques** favorisant le rétablissement, en premier **au travers de la mixité** de la promotion. La **rencontre et la vie sur un statut identique**, de deux acteurs « usagers et pros » **n'étant jamais** sur un statut identique garantissent la réalité de l'égalité dans la rencontre et la relation en formation.

**Cette mixité produit la création d'une culture commune** du Rétablissement entre usagers et professionnels. **Les frontières se brisent**. Chacun rencontre les codes et l'univers de l'autre pour finir par en créer un en commun !

Cette formation est entièrement finançable **grâce au droit à la formation tout au long de la vie et est accessible comme formation diplômante-qualifiante pour les personnels de santé, couts logistiques compris**.

**Pour les usagers**, les financements restent difficiles...cette année, Ils ont effectué une levée de fonds sur internet : belle preuve d'empowerment !

Pour les professionnels ou les militants, le même phénomène formatif que pour les usagers se met en place, mais vis-à-vis de leurs expériences professionnelles et/ou leurs actions personnelles. En effet en

même temps qu'ils découvrent le savoir objectivé sur le Rétablissement, se produit, mais à partir de leur expériences de pratiques et de vécu militant, la même mise à jour.

### **✚ Formation globale d'équipe au Rétablissement et aux pratiques orientées autour du Rétablissement en français et en France :**

A ce jour, il n'existe qu'un seul acteur la proposant : Le laboratoire de recherche de l'EPSM Maison Blanche.

L'offre a été mise au point par le directeur de ce laboratoire, Tim Greacen et sa collaboratrice, Emmanuelle Jouet. Ce laboratoire est agréé dpc<sup>58</sup>, ce qui est une information importante pour les équipes travaillant dans le secteur hospitalier.

Une offre de formation à la carte devrait également exister dans le paysage d'ici quelque'un mois.

Résumons les offres de formations :

- Tutorat
- Mix formation globale équipe + tutorat
- DESIU + tutorat
- Formation globale soins/équipe médico-sociales Paris 8-CCOMS? en 2017 ?
- Mix formation globale équipe + tutorat+DESIU (pour couple pair et pro)

Il existe un réseau et des ressources en France, pour ceux qui voudraient tenter l'aventure.

---

<sup>58</sup> DPC : dynamique de professionnalisation continue, c'est un dispositif de la fonction publique hospitalière concernant la formation tout au long de la vie, il s'agit d'une norme d'agrément, d'écriture de formation.

### III. L'inclusion et la collaboration avec un MSP : Mettez toutes les chances de votre côté !

#### A. Conseils généraux

Les études sur les expérimentations de mise en situation de travailleurs pairs en santé mentale sont nombreuses à l'étranger, ont testé et comparé les différentes mises en situations essayées<sup>59</sup> et ont permis de tirer des conclusions et des recommandations, reconnues. J'y ai passé de nombreuses heures de lecture pour mon propre mémoire de DU<sup>60</sup> de MSP et ai continué de me tenir informé depuis.

Ces conseils proviennent de ces lectures, de mon expérience et de celle de mes pairs, que j'ai pu entendre et dont j'ai pu profiter pour nourrir ma réflexion : je tiens ici à les en remercier.

Le mieux c'est qu'un MSP **ne soit pas seul MSP dans une équipe** pluridisciplinaire de travail ou un environnement de travail. Il existe alors un facteur de DANGER très augmenté face à la réussite de l'inclusion : l'isolement. Il peut alors même être un facteur de renforcement de conflits nés d'autres situations qui ne trouvent de solutions du fait de cet isolement...

**Il vaut mieux 2 mi-temps, qu'un temps plein :**

- **Pour croiser les regards issus de l'expérience** (cela permet de lui donner de la force autant que cela permet à celui qui a ce regard de ne pas s'isoler car il en est seul détenteur).
- **Pour ne pas être le seul** représentant du regard issu de l'expérience et ne pas oser ou se sentir exclu alors que ce n'est pas le cas.

Aussi avoir deux mi-temps permet à la personne accompagnée de pouvoir choisir : un nouveau type d'intervenant c'est bien, mais si il ne colle pas avec une ou certaines personnes accompagnés (c'est inévitable sur une file active de 100 personnes) ou à certains moments, cela permet à la personne accompagnée d'avoir accès à une autre possibilité de relation avec médiateur de santé pair

---

<sup>59</sup> Larry Davidson, David Sells, Michael Rowe (tous deux du même centre que Davidson Yale school of Médecine) février 2006 et Matthew Chinman, Peer support among adults with serious mental illness : a report from the field, publié en dans le *Schizophrenia bulletin*.

Cet article « définit l'aide par les pairs comme une forme de soins en santé mentale et passe en revue les données de 4 essais basés sur une randomisation, qui ont démontré peu de différences dans les résultats des soins conventionnels quand ils sont proposés par des personnels pairs et non pairs mais crée un prisme d'analyse très pertinent. » AK DU memoireMSP 2012

Au delà des méta-analyses des années 2010 et postérieures, ce cadre reste très intéressant pour comprendre ce que l'on voit se mettre en place.

<sup>60</sup>Alain Karinthi 09/2012 PAIR AIDANCE PROFESSIONNELLE EN SANTE MENTALE: Histoire et réalités mondiales, expérimentations françaises et exemple d'une équipe médico-sociale accueillant un pair-aidant. DU MSP Université Paris 8,

## B. Intégrer un MSP globalement depuis le départ de sa formation

Il s'agit là, de penser la formation conjointe de travailleurs pairs et du plus grand nombre de membres de l'équipe dont est composé le milieu accueillant le MSP.

En effet, le travailleur pair (MSP) étant d'emblée intégré à l'action, former en même temps le milieu d'accueil, (différentes formes possibles, mais de façon soutenue) doit être envisagé. Nous avons vu pourquoi et évoqué des pistes. Il existe de nombreuses formules d'emplois aidés qui permettent de faire des essais et d'être souple sur la définition des fiches de postes.

Exemple de l'équipe ESPLOR<sup>61</sup> de Chambéry au DESIU en 2015 :

Une infirmière et deux usagers intéressés, déjà en contact ont vécu la formation ensemble et sont en train de construire, avec l'équipe et l'établissement, le début d'une dynamique de collaboration professionnelle.

La future formation en emploi Paris 8 CCOMS prévue pour septembre 2017<sup>62</sup> répond également à cette dynamique.

Intégrer sur le long terme signifie que l'on sait avec quel pair on travaille, sur quel projet et pourquoi : **c'est une démarche.**

Un MSP c'est un PAIR !! Donc il y a la présence de handicap psychique, comme on l'a vu, le processus de rétablissement ne faisant pas tout disparaître !!! Et la nature même du handicap psychique à la différence du « fauteuil face à des marches » veut qu'il ne soit pas toujours là. On doit apprendre à vivre avec, anticiper, réagir au mieux quand il se manifeste (« au moins pire » dirait-on en Picard, malheureusement parfois).

On ne parle pas de rémission totale des symptômes et ce n'est pas une nécessité de départ (bien que cela arrive lorsque le processus est très avancé !), souvent nous avons une RQTH parce que nous avons des limites, fluctuantes, lié au handicap psychique qui par nature est fluctuant !

- Il est nécessaire de mettre en place une analyse de l'impact de la nature exacte du handicap psychique sur l'activité que veut développer la personne (pas la même pour tous entre

---

<sup>61</sup> Equipe mobile dépendant du CHS de Bassens en Savoie sous la direction du Dr Patrick le Cardinal, ancien membre du CCOMS et auteur des premiers travaux d'importance d'information concernant les MSP en France, en langue française surtout et une des chevilles ouvrière sur la création du programme MSP-CCOMS bien avant son lancement en 2012, avec Mr Nicolas Daumerie notamment, psychologue et toujours membre du CCOMS

<sup>62</sup> Information du standard téléphonique du CCOMS du 20/01/2016, « non encore validée à 100% mais à priori le travail en coulisse s'active »

**l’envahissement des collègues et le repli total, il existe toute la palette)** moi par exemple, ce n’est pas le repli qui me caractérise.

- **Ensuite il est nécessaire d’évaluer sa variabilité** et donc son impact sur l’environnement
- **Cela permet d’identifier les compensations nécessaires à l’expression des compétences et la réalisation du travail de la personne vivant des situations de handicap psychique**
- **Cela permet enfin de calculer la lourdeur du handicap et peut-être la faire reconnaître** auprès de l’AGEFIPH<sup>63</sup> ou du FIPHP<sup>64</sup>, je ne rentrerai pas dans les détails. Les deux systèmes sont différents vis-à-vis de cette problématique. Des compensations sont de l’ordre du possible dans les deux cas mais il s’agit de **systèmes complexes** ! Les démarches y sont lourdes et compliquées : **c’est un frein** !

**Je tiens à affirmer ici que, pour moi, c’est un droit que de faire évaluer et reconnaître la lourdeur de son handicap pour avoir accès à des moyens qui permettent de construire des compensations adaptées pour soi et son environnement.**

**Précautions** : il est nécessaire que le processus d’évaluation, dans le cas d’une intégration dans une équipe par exemple, soit mené par un tiers totalement indépendant, une personne extérieure et spécialisée dans cette tâche. (Pratiques d’emploi accompagné, jobcoach...)

**Pour ma part, lors d’une telle immersion**, je recommande qu’un professionnel, travailleur pair lui-même, qui connaît l’équipe et son type d’activité, mais ne fait pas partie ni même de la structure, soit présent lors de l’intégration du futur travailleur pair et le suive, comme tuteur. Il devra entretenir une relation d’accompagnement tripartite où une personne ressource de la structure est invitée, mais où le lien au pair est favorisé. Cette situation de supervision ou d’analyse de pratiques, soit à deux avec le pair accompagné, soit à trois avec le pair et la personne ressource, peut être prévue et planifiée selon un calendrier mais aussi organisée sur demande de l’une des parties. Aucune séance de discussion ou de travail bien sûr ne doit se dérouler sans la présence de la personne concernée, à moins qu’elle n’ait dument mandaté le tuteur pair ou quelqu’un d’autre pour la représenter.

---

<sup>63</sup> AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l’insertion professionnelle des personnes handicapées (fond collectant les amendes des entreprises privées de plus de 20 salarié soumise à l’emploi de personne en situation de handicap et ne le faisant pas, gestion paritaire avec les associations mais les usagers, selon moi, n’y ont pas assez de place et de poids)

<sup>64</sup> FIPHP : Fond pour l’insertion des personnes Handicapées dans la fonction publique

### **C. Inclure un MSP qui s'est formé sur un parcours de stages associé à une formation de base et/ou un tutorat**

Il existe des solutions : chacun peut faire son mix :

#### DESIU ET TUTORAT

Ce cas est l'utilisation poussée du DESIU par un usager très bien tutoré ou un couple usager et univers d'accueil, soutenus par un bon tutorat :

**Le DESIU ne cible pas que des usagers voulant devenir médiateur** : il est plus large dans sa définition et ses objectifs, et représente un outil plastique à destination d'un usager voulant prendre son destin en main comme d'un univers et un usager voulant sauter le pas ensemble.

**Pour un individu seul**, il s'agit d'acquérir à la carte des compétences : dans l'idéal cela serait Formation DESIU (stages y compris et en regardant lesquels la personne fait dans le détail) + un tutorat pédagogique très serré: Il s'agit d'un parcours de formation en emploi dit de niche.

**Il faut compter 3 ans en moyenne**, avec la formation de l'équipe d'accueil, un travail et une motivation soutenue.

J'ai suivi le déroulement des deux programmes nationaux traitant des sujets du Rétablissement et des Médiateurs de Santé Pair en France (MSP et Un Chez Soi). En étant salarié Un Chez Soi Lille tout en profitant de la formation Paris 8 CCOMS, j'ai reçu, en plus du terrain, d'autres apports (de techniques, de savoir-faire). J'ai eu la chance d'observer différentes expérimentations de recherche européennes, mais celle aussi, de participer à des groupes de réflexion sur la recherche qualitative Un Chez Soi d'abord, ainsi qu'au pôle de recherche de mon équipe, MARSS, et de participer à des rencontres internationales.

En Avril 2014, je suis arrivé à Marseille, dans l'équipe mobile psychiatrie précarité MARSS dirigée par le Dr Vincent Girard. Mes contacts avec lui (via Un Chez Soi D'abord) m'ont amené à discuter du DESIU en avril-Mai 2013 pour la première fois.

Nous y avons retravaillé une fois en janvier 2014 lors de sa venue à Lille pour le congrès du CCOMS, en tentant sans y parvenir de réunir les médiateurs (MSP) autour du projet.

A mon arrivée à Marseille ce fut très vite une des missions principale de mon poste de travailleur pair chargé de missions, au milieu des autres, que de passer d'un document présentant 4 semaines sur 4



villes et des intervenants existants dans ces villes à une formation appelée DESIU « Pratique Orientées Autours du Rétablissement » et de la faire vivre sur le terrain.

Les premières tentatives de réflexion et construction de l'ingénierie de ce diplôme ont été effectuées par le Dr Aline Sarrandon-eck et Quentin Vareine. Je les ai complétées, arrangées, transformées pour aboutir à l'architecture actuelle du DESIU. Je porte dans la formation, la responsabilité de ces choix de mélange des genres, tant parmi l'auditoire que parmi les formateurs, tous au fond dans un même mouvement.

Un autre rapport m'est aussi connu, écrit sous la direction du Dr Christian Laval, pour le laboratoire de santé publique EA3279 de Marseille, qui traite indirectement des MSP en France: il s'agit du rapport qualitatif traitant de l'expérimentation Un Chez Soi D'abord en France. Ma position m'a permis d'en avoir une vision et la rigueur me commande de bien (re) préciser dans mon écrit que j'y ai eu accès et l'ai lu.

C'est donc à partir de tout ce que je suis, y compris mes limites et de la rencontre avec un réseau d'acteur qu'est né le DESIU « Pratiques Orientées Rétablissement ».

#### Formation de l'équipe et tutorat

Il s'agit de faire appelle à l'équipe du laboratoire de recherche de l'EPSM Maison Blanche à Paris dirigée par le Dr Tim Greacen et secondée sur ces formations par le Dr Emannelle Jouët. Il s'agit de la seule équipe en France jusqu'à aujourd'hui à avoir la capacité à prendre en charge la formation d'une équipe complète.

Avec l'intervention de cette équipe et un bon tutorat, cela semble peut être une option envisageable, pertinente, à développer.

**Au final le mieux, c'est un environnement qui cherche, un usager qui veut, est attiré et une formation ensemble, où l'on se rencontre (l'exemple de Chambéry !!! par le desiu), que l'on fait un pas vers l'autre, accompagné par un organisme.**

## Conclusion

Il ne faut jamais oublier que nous sommes des pairs : Nous vivons des situations de handicap psychique au quotidien !

**Un parcours de travailleur pair se construit autour d'un rétablissement tout autant que la volonté de devenir un type de travailleur pair peut structurer la construction d'un rétablissement.**

Voici quelques points de synthèse sur le médiateur de santé pair :

### Sur son action :

Elle se base sur un même principe mais elle s'incarne toujours en un acteur différent, faisant des choses complètement différentes, à la fois parce que cela dépend de lui (de qui il est/ de ce qu'il veut) et de vous (l'environnement), de là où vous évoluez ensemble (référence ici au projet de service).

### Sur sa formation :

J'ai tenté dans cet écrit, de vous transmettre, vous faire ressentir, que la formation est un processus, un mécanisme, un mouvement, dont les composantes sont multiples. Il s'agit bien d'un phénomène et j'ai essayé de vous faire toucher du doigt une compréhension sensible de ce phénomène ou surtout de quelques parties de celui-ci.

Il n'était pas question ici de créer un outil de compréhension globale de toutes les situations et de tous les médiateurs possibles en santé mentale. J'espère d'ailleurs que rapidement, la première partie a achevé de vous convaincre, qu'il y a autant de travailleurs pairs que d'individus et d'environnements....surtout à une époque où ce métier est en construction.

Il existe par contre des cadres<sup>65</sup>, des références, des guides, et des possibilités qui donnent des repères et permettent de passer le pas de manière structurée et sécurisée.

J'espère que, dans cette dynamique qui comprend un mouvement global de l'orientation de l'équipe et l'implication à une hauteur diverse, d'une personne selon ce qu'elle veut faire, cela a été clairement expliqué, sa raison et son importance vraiment ressentie.

---

<sup>65</sup> Inventaires de bonnes et mauvaises pratiques, à ne pas faire vivre ou à éviter à tout prix .

**J'espère que cet écrit lève des idées reçues**, en explicite de réelles (voire fasse naître quelques controverses). Qu'il motive d'autres écrits meilleurs, dans nos rangs de pairs aussi !

De notre côté, en tant que travailleurs pairs, nous ne devons pas attendre pour nous réunir en communauté de pratiques : autour de temps de réflexion et de partage de nos identités professionnelles, autour de tous ces termes compliqués, aidés de penseurs et preneurs de notes professionnels, par territoire et en réseau, afin de travailler en réelle collaboration, à égalité, avec les services compétents, à la construction d'un Métier<sup>66</sup>.

**Pour terminer, en guise d'exemple, je vous propose en 5 points, les axes sur lesquels, moi, en tant que travailleur pair, je me dois d'être vigilant :**

1. Me situer dans mon Rétablissement, ma sensation de moi, d'apprendre, de me faire aider si besoin pour trouver les outils.
2. Analyser les aides, les outils dont j'ai besoin pour combler mes lacunes (mettre en place une stratégie et m'y faire aider en cas de besoin), me centrer sur mes forces en rapport avec un projet que je porte ou auquel je veux participer.

Je dirais qu'il s'agit là de bases de fonctionnement de mon Rétablissement et que pour cela, le soutien de ma sœur, Claire est majeur. Il est clairement question d'une aide à la « cristallisation Martucellienne »<sup>67</sup> qui m'est m'apportée.

3. Me centrer, ne pas me disperser trop en laissant des perceptions, ressentis, déclencher des émotions si fortes qu'elles influencent trop ma thymie, la rapidité voir même la « couleur » de mes pensées.
4. Essayer de m'efforcer de garder le contrôle de ma façon d'être et de réagir dans l'espace, de ma communication. Je ne me fais pas d'illusions, je ne serais qu'un pantin articulé, articulé par lui-même...et les autres (là c'est un défi quotidien, et ce n'est pas un euphémisme je suis un cas ...désespéré...<sup>68</sup>)
5. Etre en mesure de collaborer avec mon environnement de différentes manières

---

<sup>66</sup> On peut penser à nos collègues du Nord

<sup>67</sup> A un des plus grands penseurs en sociologie vivant, ayant écrit en langue française : Danilo Martucelli , « concept d'individuation »

<sup>68</sup> Je n'ai pu travailler qu'appuyer par Emma Beetlestone ou Olivier Vilt à l'ABEJ, Christina Psarra à l'AP-HM, ou aujourd'hui ma sœur, Claire, experte emploi accompagné, jobcoach autoformée sur la base d'un diplôme d'éducatrice spécialisée, son expérience au sein du pôle insertion du Geist 21 Mayenne dirigé par Pascal Fournier, et le DPITSH.

Ce que je décris, je ne le vis pas forcément bien tous les jours. Des fois cela m'apparaît comme étant une super réussite et je peux même en parler ouvertement : « j'ai 36 ans, j'ai besoin d'un accompagnateur mais c'est cool !!...car sinon je n'ai pas la capacité le plus souvent à aller au bout de mes missions » mais encore trop souvent, quand je vois que j'ai besoin de tous ces soutiens, je me sens nul, je développe une honte de manque d'autonomie et je deviens « dictateur », je veux tout contrôler et avec Claire, mon accompagnatrice, cela peut rendre les échanges extrêmement difficiles, violents (décibel) : Il m'arrive encore de me laisser prendre, envahir par des constructions parano... je « paranoïse » ...

Je décris cela pour que vous puissiez prendre la mesure de la réalité de cet accompagnement. Ce n'est pas toujours « rose », malgré le fait qu'il soit mené par ma propre sœur, qui se trouve être en technique et en savoir être, la plus à même de répondre, s'adapter à ce dont j'ai besoin aujourd'hui.

Ma vie, mon activité professionnelle est un combat quotidien, que j'ai choisi de mener car il correspond à mes aspirations, à ce que je définis, moi, pour moi comme la construction d'une vie satisfaisante.

**BIBLIOGRAPHIE****Ouvrages et Rapports de Recherches :**

**Rapport** d'enquête final (méthodologie qualitative de recueil de donnée et de traitement) sur expérimentation MSP-CCOMS effectué par le CLERSE dir Pr Lise Demailly

**Rapport final** (non publique) mais rendu début juillet 2015 au la boratoire EA 32079del' étude du volet qualitatif mené sous la direction du grand Dr Christian Laval, directeur de publication de *Rhizome*, membre du centre de recherche MAX Weber et proche de l'Orspere, en charge de piloter l'enquête qualitative sur le programme Un Chez soi d'Abord

**Livia Velpry**, Le quotidien de la Psychiatrie, aux éditions l'Harmattan, Paris, 2008

Salzer, M. S. 2010 *Mental Health Self Help: Consumer and Family Initiatives*, eds L. D. Brown & S. Wituk, Springer-Verlag.

**National Health Service**, Report of the Scottish program of peer support providing. 2009: Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme, *Scotland government Health and community care* (avec des traductions originales importantes réalisées pour mon memoire de DU MSP Paris -8 CCOMS)

**Tim Greacen et Emmanuelle Jouet**, dir, Pour des usagers de la psychiatrie, acteurs de leur propre vie... éditions Erès, Paris, 2012

**Les thèses de santé publique** d'Aurélien Troisoeufs, Emma Beetlestone, Vincent Girard

Les manuels de formation de travailleurs pairs américains et canadiens. J'ai la chance d'avoir eu accès à ces documents qui ne sont normalement accessible que si l'on a acheté la formation.

**Articles et publications:**

**Dr V Girard, Dr A Sarrandon-eck, Noura Payan, Jp Bonin, S Perrot, V Vialars, L Boyer, A Tinland, MC Simeoni**, 01/2012: Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie précarité (empp): des urgences médicopsychiatriques dans la rue à la pratique de l'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile, *La Presse Médicale*

**S Lawn, A Smith, K Hunter**: Mental health peer support for hospital avoidance: An Australian example of consumer driven and operated service, Octobre 2008, *Journal of mental health*

**Michael Rowe & al**, 07/2007: A peer support group intervention to reduce substance use and criminality among persons with severe mental illness, *Psychiatric services*

**E Jouet, L Flora, O Las Vergnas**: Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients, note de synthèse postérieure à 2009

**Alain Bottéro** mai 2010, La schizophrénie, *l'Information Psychiatrique*,

**Benjamin F. Henwood, Victoria Stanhope, Deborah K. Padgett**, juin 2010, The Role of Housing: A Comparison of Front-Line Provider views in Housing First and Traditional Programs

N°85/86 revue *PLURIELS* lettre d'information de la mission d'appui en santé mentale, novembre-décembre 2010

**Kaufman, L., W. Brooks, J. Bellinger, M. Steinley-Bumgarner and S. Stevens Manser**. 2014. Peer Specialist Training and Certification Programs: A National Overview. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas, at Austin, TX

**National Institute for Mental Health**: National Institutes of Health. What Is Prevalence?

<http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/index.shtml>

**National Institute on Drug Abuse**: National Institutes of Health. Drug Facts: Nationwide Trends, (2015).

<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/nationwide-trends>

**Frese, F. J. and W. W. Davis**. 1997. The Consumer–Survivor Movement, Recovery, and Consumer Professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*. 28 (3): 243.

**Solomon, P. and J. Draine.** 1994. Satisfaction with Mental Health Treatment in a Randomized Trial of Consumer Case Management. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 182 (3): 179-184.

**Solomon, P. and J. Draine.** 1995. The Efficacy of a Consumer Case Management Team: 2-Year Outcomes of a Randomized Trial. *The Journal of Mental Health Administration.* 22 (2): 135-146.

**White, W.** 2008. Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices.

**Kaplan, L.** 2008. The Role of Recovery Support Services in Recovery Oriented Systems of Care. *Rockville: MD: Center for Substance Abuse Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).*

**Chinman, M, A. Lucksted, R. Gresen, M. Davis, M. Losonczy, B. Sussner and L. Martone.** 2008. Early Experiences of Employing Consumer-Providers in the VA. *Psychiatric Services.* 59 (11): 1315-1321

**Davidson, L.** 2015. Peer Support: Coming of Age of and/or Miles to Go Before We Sleep? An Introduction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research.* 42 (1): 96-99.

**HealthCare.gov. Mental Health and Substance Abuse Coverage,**

<https://www.healthcare.gov/coverage/mental-health-substance-abuse-coverage/>

**Swarbrick, M., A. A. Murphy, M. Zechner, A. B. Spagnolo and K. J. Gill.** 2011. Wellness Coaching: A New Role for Peers. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 34 (4): 328-331.

**Gagne, C., J. Olivet and L. Davis.** 2012. Equipping Behavioral Health Systems & Authorities to Promote Peer Specialist/Peer Recovery Coaching Services. *Rockville, Maryland: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): US Department of Health and Human Services*

**Fisk, D., M. Rowe, R. Brooks and D. Gildersleeve.** 2000. Integrating Consumer Staff Members into a Homeless Outreach Project: Critical Issues and Strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 23 (3): 244-252.

**Dalgin, R. S., S. Maline and P. Driscoll.** 2011. Sustaining Recovery through the Night: Impact of a Peer-Run Warm Line. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 35 (1): 65.

**Cook, J. A.** 2011. Peer-Delivered Wellness Recovery Services: From Evidence to Widespread Implementation. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 35 (2): 87-89.

**Center for Mental Health Services.** 2005. Building a Foundation for Recovery: A Community Education. Guide on Establishing Medicaid-Funded Peer Support Services and a Trained Peer Workforce.

**Report No. DHHS Pub. No. (SMA) 05-8089,** *Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*

**Davidson, L. and M. Rowe.** 2008. Peer Support within Criminal Justice Settings: The Role of Forensic Peer Specialists (*Rockville, MD: Gains Center for Behavioral Health and Justice Transformation*).

**Baron, R.** 2011. Forensic Peer Specialists: An Emerging Workforce. New Brunswick, NJ: Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Research: Rutgers, State University of New York.

Le Pr Rowe a organisé en Juin 2014 à New Haven (université de Yale) pour la Yale School of Médecine un colloque intitulé : « Forensic Peer Support : What's next ? » (Pair aidance pénitentiaire : Où en sommes-nous ?) auquel, en voyage d'étude pour MARSS à ce moment là aux Etats-Unis, j'ai assisté.

**Plachta-Elliott, S. and J. Delman.** 2009. Consumer Led Evaluation Teams: A Peer Led Approach to Assessing Consumer Experiences with Mental Health Services.

**Malden, MA:** Consumer Quality Initiatives, Inc.

Kern, R. S., Zarate, R., Glynn, S. M., Turner, L. R., Smith, K. M., Mitchell, S. S., Becker, D. R., Drake, R. E., A. Kopelowicz, W. Tovey and R. P. Liberman. 2013. A Demonstration **Project Involving Peers as Providers of Evidence-Based Supported Employment Services.** *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 36 (2): 99-107.

**Becker, D. R.** 2015. Hiring Peers as Vocational Specialists. *Psychiatric Services.* 66 (4): 337-337.

**Ostrow, L. and D. Fisher.** 2011. Peer-Run Crisis Respite --a Review of the Model and Opportunities for Future Developments in *Research and Innovation.*

**Ostrow, L. and B. Croft.** 2015. Peer Respite: A Research and Practice Agenda. *Psychiatric Services.*



**Swarbrick, M.** 2007. Consumer-Operated Self-Help Centers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 31 (1): 76-79.

**Swarbrick, M., L. T. Schmidt and C. W. Pratt.** 2009. Consumer-Operated Self-Help Centers: Environment, Empowerment, and Satisfaction. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 47 (7): 40-47.

**Swarbrick, M.** 2006. Consumer-Operated Self-Help Services. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 44 (12): 26-35.

**Slayers, M. P. and S. Tsemberis.** 2007. Act and Recovery: Integrating Evidence-Based Practice and Recovery Orientation on Assertive Community Treatment Teams. *Community Mental Health Journal*. 43 (6): 619-641.

**Schutt, R. K. and E. Sally Rogers.** 2009. Empowerment and Peer Support: Structure and Process of Self-Help in a Consumer-Run Center for Individuals with Mental Illness. *Journal of Community Psychology*. 37 (6): 697-710.

**Haberle, B. J., S. Conway, P. Valentine, A. C. Evans, W. L. White and L. Davidson.** 2014. The Recovery Community Center: A New Model for Volunteer Peer Support to Promote Recovery. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 9 (3): 257-270.

**Harvey, R. and L. Jason.** 2011. Contrasting Social Climates of Small Peer-Run versus a Larger Staff-Run Substance Abuse Recovery Setting. *American Journal of Community Psychology*. 48 (3/4): 365-372.

**Van Vugt, M. D., H. Kroon, P. A. Delespaul and C. L. Mulder.** 2012. Consumer-Providers in Assertive Community Treatment Programs Associations with Client Outcomes. *Psychiatric Services*. 63 (5): 477-481.:

**Pitt, V., D. Lowe, S. Hill, M. Prictor, S. E. Hetrick, R. Ryan and L. Berends.** 2013. Consumer- Providers of Care for Adult Clients of Statutory Mental Health Services; (Review). *Report No. 1465-1858, The Cochrane Collaborative*.

**Dixon, L., A. Hackman and A. Lehman.** 1997. Consumers as Staff in Assertive Community Treatment Programs. *Administration and Policy in Mental Health.* 25 (2): 199-208.

**Wright-Berryman, J. L., A. B. McGuire and M. P. Salyers .** 2011. A Review of Consumer-Provided Services on Assertive Community Treatment and Intensive Case Management Teams: Implications for Future Research and Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* 17 (1): 37-44.

**Daniels, A. S., S. Bergeson, L. Fricks, P. Ashenden and I. Powell.** 2013. Pillars of Peer Support: Advancing the Role of Peer Support Specialists in Promoting Recovery. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice.* 7 (2): 60-69

**NAADAC.** State & International Certification Boards (2015).

<http://www.naadac.org/certification-boards>

**IC&RC.** International Certification and Reciprocity Consortium, (2015).

<http://internationalcredentialing.org/>

**Kaplan, L.** 2014. Peers as Professionals: More Than Recovery Experience Is Required. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly.* 26 (17): 1-3.

**Hutchinson, D. S., W. A. Anthony, L. Ashcraft, E. Johnson, E. C. Dunn, A. Lyass and E. S. Rogers.** 2006. The Personal and Vocational Impact of Training and Employing People with Psychiatric Disabilities as Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 29 (3): 205-213.

**Daniels, A., E. Grant, B. Filson, I. Powell, L. Fricks and L. Goodale.** 2009. Pillars of Peer Support: Transforming Mental Health Systems of Care through Peer Support Services. *The Pillars of Peer Support Services Summit the Carter Center Atlanta, GA November 17-18, 2009*

[www.pillarsofpeersupport.org](http://www.pillarsofpeersupport.org)

**Steve Eiken, Thomson Reuters Jean Campbell, Ph.D., Missouri Institute of Mental Health Healthcare** 6, 2008. Medicaid Coverage of Peer Support for People with Mental Illness: Available Research and State Examples. Report for Shawn Terrell, Center for Medicaid and State Operations Centers for Medicare & Medicaid Services Baltimore, Maryland, ordered by Thomson Reuters.

**Texas Council of Community Centers.** 2013. Using Peer Specialists to Advance Recovery: A Snapshot of Today and a Glimpse of Tomorrow.

As an author of their common work: the acknowledgment of Texas council of Community member pointed:

*“The Texas Council would like to acknowledge the organizations assisting in the development of this report: Via Hope, the Department of State Health Services, the University of Texas Center for Social Work Research (UT-CSWR), the Hogg Foundation, the East Texas Behavioral Health Network (ETBHN) and the Community Centers of Texas. Many Community Centers shared their insight about hiring peer specialists, identifying potential barriers and exploring opportunity for the future. The Texas Council is especially grateful to Stacey Manser, PhD, Wendy Brooks, MA, Tammy Heniz, Anna Jackson, Dennis Bach, Stephany Bryan, Tuesday Marler, and Gary Bramlett for their commitment to recovery and to the consumers of Texas.”*

**Ostrow, L., D. Steinwachs, P. Leaf and S. Naeger.** 2015. Medicaid Reimbursement of Mental Health Peer-Run Organizations: Results of a National Survey. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.* 1-11.

**Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA).** 2013. Creating the Infrastructure and Workforce to Deliver Addictions Peer Recovery Support Services in State Systems.

**Centers for Medicare & Medicaid Services.** 2013 (*US Department of Health & Human Services, Baltimore, Maryland*).

**Hamilton, NJ** 2012: Center for Health Care Strategies, Medicaid Financing for Family and Youth Peer Support: A Scan of State Programs for Health Care Strategies, Inc. (unpublished, in course? The center in USA in on opening...)

**Belnap, D., G. S. de la Gueronniere, P. and R. Martinez.** 2010. Financing Recovery Support Services: Review and Analysis of Funding Recovery Support Services and Policy Recommendations. Washington, D.C.: *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*.

**Boisvert, R. A., L. M. Martin, M. Grosek and A. J. Clarie.** 2008. Effectiveness of a Peer-Support Community in Addiction Recovery: Participation as Intervention. *Occupational Therapy International.* 15 (4): 205-220.

**John O'Brien, M.A. Susan Parker, M.T., C.P.A. Jean Campbell, Ph.D.** July 2008. Third in a Series of Three Policy Briefs on Peer Supports in Mental Health Delivery Systems Policy Issue #3: Financing Peer Provided Services. *Independent Living Research Utilization in Collaboration with Human Services Research Institute, associated with partners famous as: Boston College graduate School of social work, Family Voices, Inc, Human Services Research Institute...*

**Min, S. Y., J. Whitecraft, A. B. Rothbard and M. S. Salzer.** 2007. Peer Support for Persons with Co-Occurring Disorders and Community Tenure: A Survival Analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 30 (3): 207-213.

**Salzer, M. S., N. Darr, G. Calhoun, W. Boyer, R. E. Loss, J. Goessel and E. B. Schwenk, Eugene.** 2013. Benefits of Working as a Certified Peer Specialist: Results from a Statewide Survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 36 (3): 219-221

**Moran, G. S., Z. Russinova, V. Gidugu, J. Y. Yim and C. Sprague.** 2012. Benefits and Mechanisms of Recovery among Peer Providers with Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research.* 22 (3): 304-319.

**O'Brien, J.** *Community Living Briefs* Vol. 3 1-8 (2005).

**Mowbray, C. T., D. P. Moxley, S. Thrasher, D. Bybee, N. McCrohan, S. Harris and G. Clover.** 1996. Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation. *Community Mental Health Journal.* 32 (1): 47-67.

**Walker, L., R. Perkins and J. Repper.** 2014. Creating a Recovery Focused Workforce: Supporting Staff Well-Being and Valuing the Expertise of Lived Experience. *Mental Health & Social Inclusion.* 18 (3): 133-141.

**Davidson, L., K. E. Haglund, D. A. Stayner, J. Rakfeldt, M. J. Chinman and J. K. Tebes.** 2001. "It Was Just Realizing... That Life Isn't One Big Horror": A Qualitative Study of Supported Socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal.* 24 (3): 275-292.

**Bologna, M. J. and R. T. Pulice.** 2011. Evaluation of a Peer-Run Hospital Diversion Program: A Descriptive Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation.* 14 (4): 272-286.

**Austin, E., A. Ramakrishnan and K. Hopper.** 2014. Embodying Recovery: A Qualitative Study of Peer Work in a Consumer-Run Service Setting. *Community Mental Health Journal.* 50 (8): 879-885.

**Landers, G. and M. Zhou.** 2014. The Impact of Medicaid Peer Support Utilization on Cost. *Medicare & Medicaid Research Review*. 4 (1): mmrr.004.001.a004

**C'est là l'étude d'impact (plutôt) quantitative la plus complète et au final la plus questionnante quant à l'effectivité du travail pair :**

Ces auteurs (Landers et Zhou) concluent à une effectivité générale à minima toujours égale vis-à-vis des critères quantitatifs d'évaluation de l'objectif d'action de l'équipe d'accompagnement quand il y avait un travailleur pair, ils relèvent peut être un coût légèrement supérieur à court terme (en fonctionnement et à cause d'un taux d'utilisation des ressources de soins par les accompagnés qui montent car ils sont plus en confiance) mais est un individu (travailleur pair) fait gagner de l'argent à moyen terme à la communauté.

**Cohen, A. N., J. F. Golden, A. S. Young, F. Cournos and S. M. Goldfinger.** 2014. Peer Wellness Coaches for Adults with Mental Illness. *Psychiatric Services*. 65 (1): 129-130.

**Corrigan, P. W., S. Pickett, K. Batia and P. J. Michaels.** 2014. Peer Navigators and Integrated Care to Address Ethnic Health Disparities of People with Serious Mental Illness. *Social Work in Public Health*. 29 (6): 581-593.

**Landers, G. M. and M. Zhou.** 2011. An Analysis of Relationships among Peer Support, Psychiatric Hospitalization, and Crisis Stabilization. *Community Mental Health Journal*. 47 (1): 106-112.

**Klein, A. R., R. A. Cnaan and J. Whitecraft.** 1998. Significance of Peer Social Support with Dually Diagnosed Clients: Findings from a Pilot Study. *Research on Social Work Practice*. 8 (5): 529-551

**O'Donnell, M., G. Parker, M. Proberts, R. Matthews, D. Fisher, B. Johnson and D. Hadzi-Pavlovic.** 1999. A Study of Client-Focused Case Management and Consumer Advocacy: The Community and Consumer Service Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 33 (5): 684-693.

**Felton, C. J., P. Stastny, D. L. Shern, A. Blanch, S. A. Donahue, E. Knight and C. Brown.** 1995. Consumers as Peer Specialists on Intensive Case Management Teams: Impact on Client Outcomes. *Psychiatric Services* 46 (10): 1037-1044.

- Paulson, R., H. Herinckx, J. Demmler, G. Clarke, D. Cutler and E. Birecree.** 1999. Comparing Practice Patterns of Consumer and Non-Consumer Mental Health Service Providers. *Community Mental Health Journal*. 35 (3): 251-269.
- Solomon, P., J. Draine and M. A. Delaney.** 1995. The Working Alliance and Consumer Case Management. *The Journal of Mental Health Administration*. 22 (2): 126-134.
- Davidson, L., C. Bellamy, K. Guy and R. Miller.** 2012. Peer Support among Persons with Severe Mental Illnesses: A Review of Evidence and Experience. *World Psychiatry*. 11 (2): 123-128.
- Duckworth, K. and L. Halpern.** 2014. Peer Support and Peer-Led Family Support for Persons Living with Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 27 (3): 216-221.
- Fuhr, D. C., T. T. Salisbury, M. J. De Silva, N. Atif, N. van Ginneken, A. Rahman and V. Patel.** 2014. Effectiveness of Peer-Delivered Interventions for Severe Mental Illness and Depression on Clinical and Psychosocial Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49 (11): 1691-1702.
- Jain, S., C. McLean, E. Adler, S. Lindley, J. Ruzek and C. Rozen.** 2013. Does the Integration of Peers into the Treatment of Adults with Posttraumatic Stress Disorder Improve Access to Mental Health Care? A Literature Review and Conceptual Model. *Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment*. 2 (3): 9.
- Pfeiffer, P. N., M. Heisler, J. D. Piette, M. A. M. Rogers and M. Valenstein.** 2011. Efficacy of Peer Support Interventions for Depression: A Meta-Analysis. *General Hospital Psychiatry*. 33 (1): 29-36.
- Repper, J. and T. Carter.** 2011. A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*. 20 (4): 392-411.
- Chan, S. W. C., Z. Li, P. Klainin-Yobas, S. Ting, M. F. Chan and P.-W. Eu.** 2014. Effectiveness of a Peer-Led Self-Management Programme for People with Schizophrenia: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Journal of Advanced Nursing*. 70 (6): 1425-1435.
- Rogers, E. S., G. B. Teague, C. Lichenstein, J. Campbell, A. Lyass, R. Chen and S. Banks.** 2007. Effects of Participation in Consumer-Operated Service Programs on Both Personal and Organizationally Mediated Empowerment: Results of Multisite Study. *Journal of Rehabilitation Research and Développement*. 44 (6): 785-800.

**Simpson, A. et al.** 2014. Results of a Pilot Randomised Controlled Trial to Measure the Clinical and Cost Effectiveness of Peer Support in Increasing Hope and Quality of Life in Mental Health Patients Discharged from Hospital in the UK. *BMC Psychiatry*. 14 (1): 30.

**Chinman, M., R. S. Oberman, B. H. Hanusa, A. N. Cohen, M. P. Salyers, E. W. Twamley and A. S. Young.** 2015. A Cluster Randomized Trial of Adding Peer Specialists to Intensive Case Management Teams in the Veterans Health Administration. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 42 (1): 109-121.

**Cook, J. A. et al.** 2012. Randomized Controlled Trial of Peer-Led Recovery Education Using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (Bridges). *Schizophrenia Research*. 136 (1-3): 36-42.

**Cook, J. A. et al.** 2012. Results of a Randomized Controlled Trial of Mental Illness Self-Management Using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*. 38 (4): 881-891

**Kaplan, K., M. S. Salzer, P. Solomon, E. Brusilovskiy and P. Cousounis.** 2011. Internet Peer Support for Individuals with Psychiatric Disabilities: A Randomized Controlled Trial. *Social Science and Medicine*. 72 (1): 54-62.

Pickett, S. et al. 2012. Consumer Empowerment and Self-Advocacy Outcomes in a Randomized Study of Peer-Led Education. *Community Mental Health Journal*. 48 (4): 420-430.

**Rivera, J. J., A. M. Sullivan and S. S. Valenti.** 2007. Adding Consumer-Providers to Intensive Case Management: Does It Improve Outcome? *Psychiatric Services*. 58 (6): 802-809.

**Shahar, G., S. Kidd, T. H. Styron and L. Davidson.** 2006. Consumer Support and Satisfaction with Mental Health Services in Severe Mental Illness: The Moderating Role of Morale. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25 (9): 945-962.

**Van Gestel-Timmermans, H., E. P. Brouwers, M. A. van Assen and C. van Nieuwenhuizen.** 2012. Effects of a Peer-Run Course on Recovery from Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*. 63 (1): 54-60.

**Simpson, E. L. and A. O. House.** 2002. Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: Systematic Review. *British Medical Journal*. 325 (7375): 1265-1268.

- Lloyd-Evans, B. et al.** 2014. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials of Peer Support for People with Severe Mental Illness. *BMC Psychiatry*. 14: 39-39.
- Simpson, E. L. and A. O. House.** 2002. Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: Systematic Review. *British Medical Journal*. 325 (7375): 1265-1268.
- Rogers, E. S., M. Farkas and W. Anthony.** 2009. *Center for Psychiatric Rehabilitation*. Systematic Review of Peer Delivered Services Literature 1989 - 2009.
- Chinman, M., P. George, R. H. Dougherty, A. S. Daniels, S. S. Ghose, A. Swift and M. E. Delphin-Rittmon.** 2014. Peer Support Services for Individuals with Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*. 65 (4): 429-441.
- Kuhn, W., J. Bellinger, S. Stevens-Manser and L. Kaufman.** 2015. Integration of Peer Specialists Working in Mental Health Service Settings. *Community Mental Health Journal*.
- Davis, J. and S. Pilgrim.** 2015. Maximizing Utilization of Peer Specialists in Community Mental Health: The Next Step in Implementation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 1-8.
- Cabral, L., H. Strother, K. Muhr, L. Sefton and J. Savageau.** 2014. Clarifying the Role of the Mental Health Peer Specialist in Massachusetts, USA: Insights from Peer Specialists, Supervisors and Clients. *Health & Social Care in the Community*. 22 (1): 104-112
- Gates, L. B., J. M. Mandiberg and S. H. Akabas.** 2010. Building Capacity in Social Service Agencies to Employ Peer Providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 34 (2): 145-152.
- Oh, H.** 2014. Do Stereotype Threats Affect Peer Providers? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 41 (5): 569-571.
- Solomon, P. and J. Draine.** 1996. Perspectives Concerning Consumers as Case Managers. *Community Mental Health Journal*. 32 (1): 41-46.
- Walker, G. and W. Bryant.** 2013. Peer Support in Adult Mental Health Services: A Metasynthesis of Qualitative Findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 36 (1): 28.
- Hamilton, A. B., M. Chinman, A. N. Cohen, R. S. Oberman and A. S. Young.** 2013. Implementation of Consumer Providers into Mental Health Intensive Case Management Teams. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 42 (1): 100-108.



**Webographie :**

Wikipédia en anglais est une vraie mine d'or. Vu le nombre de contributeurs le risque d' « erreurs » potentielles est proche du néant. En français le corpus commence à se constituer il est un bon point de départ.

Les Publications sur le site de la DIHAL (Dispositif Interministériel habitat Accès au logement). Il s'agit des articles de recherches issus des recherches menées par Sam Tsemberis en particulier sur la méthode « Housing first » dont il est l'initiateur.

Les interfaces des associations d'usagers et de proches, via les réseaux sociaux, sont nombreuses, les avis sont tranchés, les opinions sur le vif souvent...

**Les travailleurs pairs en santé mentale ont leur groupe facebook indépendant et international, liant les deux bords de l'Atlantique**, de plus de 150 membres actifs travailleurs pairs.

C'est le groupe : « **pair aidant international/ International Peer-support** ». Il a été créé par eux et pour eux, (groupe fermé créé par moi il y a deux ans et administré à quelques-uns aujourd'hui)

En sites internet on peut citer :

Le site du CCOMS de Lille

Sites gouvernementaux des ministères de la santé

Site de l'OMS

Site de l'EHESP

Sites des associations d'usagers mais aussi de parent et d'amis, parfois utiles

Sites « institutionnels » : pour paris qui est devenu a vocation nationale Psychom, site du **CReHPsy pays de Loire** (< <http://www.crehpsy-pl.fr/fr/qui-sommes-nous/organisation>>) et des autres de ce types.

Site de forum : type « Doctissimo »

Sur le web en anglais, pour entrer dans les finesses des mécanismes ailleurs dans le monde :

- Sur le fonctionnement de la pair aidance :

**Intentional Peer Support** : Peer support training and Peer support mouvement : la meilleure façon selon moi de percevoir la notion de “connection”

<http://www.intentionalpeersupport.org/>

- Pour avoir une photo de l'état de la situation aux USA :

<http://www.integration.samhsa.gov/workforce/peer-providers>

- Sur plan de couverture/assurances et donc de la construction financière du service :

<https://www.healthcare.gov/coverage/mental-health-substance-abuse-coverage/>

On peut aussi trouver des films de conférences sur You tube en anglais mais également en français.

Intervention en colloque du Pr Lançon par exemple, ou des membres de ses services, vidéo des conférences de la Folle Histoire de Fous sur la chaîne TéléMarss ou encore des passages radios comme celui du Professeur Naudin sur les voix, sur une radio nationale. Ces ressources sont d'une grande valeur.