

Université de Nantes

UFR de Médecine et Techniques Médicales
Formation continue

Année universitaire 2019/2020

Mémoire pour l'obtention du

Diplôme universitaire :

Soins de réhabilitation au service du rétablissement en santé mentale

Présenté par

Yves HURTREL

Né le 27/10/1955

L'INTÉGRATION RÉUSSIE D'UN PAIR-AIDANT

EN SANTÉ MENTALE : LES PRÉ REQUIS

Responsables et coordinatrices pédagogiques :

Marion CHIRIO-ESPITALIER et Marie GRALL-BRONNEC

Remerciements

Merci Isabelle, pour tout l'amour que tu m'as donné et que tu me donnes encore.

Merci Sophie D., pour ton soutien dont j'ai et j'avais bien besoin.

Merci Anne-Eva, sans qui je n'aurais jamais pu écrire ce mémoire.

Merci Delphine, pour m'avoir grandement facilité la vie.

Merci Jean-François, pour ton amitié qui est là depuis si longtemps

Merci Frédérique et Jean, vous qui m'avez soutenu dans des moments si difficiles.

Merci Nadine K., pour ton énergie et ta gentillesse.

Merci Jean-Paul, pour ta présence constante si précieuse.

Merci Dominique, pour tes longues conversations téléphoniques.

Merci Chantal, pour nos éclats de rire.

Merci Anaïs et Simon, pour votre compréhension.

Merci Marcelle, pour ta force et ta joie de vivre.

Merci Marie-Christine, pour ta bonté et ton soutien.

Merci Louise, pour tes cours d'informatique.

Merci Marie-Claire, pour ta cuisine végétarienne.

Merci Noëlle, pour les mariages de tes enfants.

Merci Serge, pour tes conseils.

Merci Jean-Marie, pour les souvenirs que nous partageons ensemble.

Merci Sylviane, pour ton intelligence.

Merci Audrey, malgré tout.

Merci Rose-Marie, ma voisine préférée.

Merci, Elisabeth que j'espère revoir souvent.

Merci, Marine pour l'écoute empathique.

Merci, Sophie C. pour ta gentillesse.

Merci Yvette pour sa rigueur, sa gentillesse et sa force.

Merci Annette pour les progrès qu'elle a fait au tarot.

Merci, Sylvie même si elle est un peu trop grande gueule.

Merci, Thérèse pour la qualité de ton accueil.

Merci, Martine pour sa délicatesse.

Merci, Eric pour nos discussions sans fin sur le parking.

Merci, Evelyne une cousine que j'aimerais voir plus souvent.

Merci, Jean-Claude qui joue si bien à la boule en bois.

Merci, Viviane pour son amitié.

Merci, Andrew grâce à qui certaines choses deviennent possibles...

.../...

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
I. Une condition indispensable : la réhabilitation psychosociale	7
A. La réadaptation	
B. Le rétablissement	
C. Convictions actuelles et convictions attendues.....	
II. Une première approche : le patient expert.....	8
A. Un nouveau type d'échange.....	
B. Un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique.....	
C. Le patient est éduqué par les soignants.....	9
D. On est alors à des années lumières du savoir expérientiel.....	
III. Le rejet du pouvoir et du paternalisme.....	10
A. L'expérience communautaire de la maladie mentale.....	
B. L'empowerment s'oppose à la passivité.....	
C. Autonomisation des patients et empowerment.....	11
D. L'Éducation Thérapeutique du Patient.....	
E. Une médecine basée sur les savoirs expérientiels des malades.....	12
IV. Le recours à l'expérience des patients : un phénomène mondial et protéiforme.....	
A. Recruter d'anciens patients.....	
B. Les médiateurs de santé pairs/travailleurs pairs	13
C. De quel nouveau type d'échange parle-t-on ?.....	
D. Une dynamique collective.....	14
V. Un tournant politique en France.....	15
A. Une connaissance spécifique ?.....	16
B. L'expérience peut-elle faire connaissance ?.....	
VI. Travailler avec des professionnels patentés.....	
A. Le pair-accompagnant privilégie sa subjectivité.....	
B. Un brouillage des frontières entre soignants et soignés.....	17
C. L'entraide mutuelle.....	18
D. Le contexte de l'expérimentation des médiateurs de santé pairs.....	
E. Pour quel résultat ?.....	
VII. L'intégration réussie d'un médiateur de santé pair à l'Hôpital Sainte-Anne.....	19
A. Le point de vue du médecin responsable de l'unité.....	
B. Le point de vue du Médiateur de Santé Pair.....	20
C. Le point de vue des usagers.....	
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAPHIE	24

INTRODUCTION

Tout projet d'intégration d'un pair-aidant en santé mentale suppose qu'il soit en adéquation avec les fondements du service qui doit être engagé dans la réhabilitation psychosociale depuis, de préférence, de nombreuses années.

Si un relatif consensus se dégage à ce sujet il y a encore parfois un malentendu sur ce qu'apporte la pair-aidance. Nous présenterons donc d'abord une conception parcellaire, incomplète de ce qu'elle n'est pas : Non ! Le pair aidant n'est pas un patient expert – pas seulement. Pour laisser entendre, à défaut de le démontrer ce qu'est le savoir expérientiel d'un pair aidant nous serons amenés à préciser pourquoi un groupe s'est détaché par l'influence qu'il aura sur le mouvement « self-help » tout au long du XXe siècle : celui des Alcooliques Anonymes. Il est souvent considéré comme à l'origine de la fonction de soutien par les pairs dans le champ de la santé mentale.

Le recours à l'expertise des patients est un phénomène mondial et protéiforme. En quoi la pair-aidance propose-t-elle un nouveau type d'échange ?

Au cours des années 2000, le politique s'empare progressivement de l'idée de soutien par les pairs. Comment ? La reconnaissance de l'expérience vécue est-elle en train de devenir un prérequis ? Cette question est au cœur de la réussite de l'intégration d'un pair-aidant parmi des professionnels patentés.

Quelle définition peut-on donner du pair-aidant ? Comment la France s'est-elle inspirée de ce qui se fait dans ce domaine à l'étranger ?

L'intégration particulièrement réussie d'un Médiateur de Santé Pair à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris permet de dégager plusieurs prérequis particulièrement intéressants.

Faut-il redouter un brouillage des frontières entre soignants et soignés ? Ou s'agit-il au contraire d'un corollaire nécessaire et indispensable à l'empowerment des patients ? Est-ce à cette condition qu'un rétablissement devient possible ? Encore faut-il que l'**envie** d'un rétablissement existe...

Susciter et nourrir cette envie quand elle est défaillante ne doit-il pas être l'**objectif ultime** du pair-accompagnant, un prérequis incontournable ? Le soutien du groupe des pairs ne peut-il pas être un substitut pertinent quand celui de la famille, des amis, des proches au sens large, s'est trouvé « débordé » ?

En étant un animateur important de ce groupe le pair-accompagnant peut-il aider à ce que cette envie vienne ou revienne ?

.../...

I - Une condition indispensable : La réhabilitation psychosociale.

Le service qui accueille un pair-aidant doit être résolument engagé dans la réhabilitation psychosociale depuis de nombreuses années.

Celle-ci suppose un traitement psychiatrique mais l'institution psychiatrique peut être un facteur de chronicisation. Elle peut être totalitaire et renforcer l'isolement. Une prise en charge totale entraîne dépendance, régression et adaptation à l'institution et donc chronicisation. L'hospitalisation doit être aussi longue que nécessaire mais aussi courte que possible. Il s'agit de lutter contre l'hospitalisme plus que contre l'hôpital.

A - La réadaptation.

La réhabilitation psychosociale doit être distinguée de la réadaptation (due à une incapacité sanitaire).

Ainsi, la réadaptation professionnelle en ateliers protégés doit être abandonnée au profit du soutien dans l'emploi.

On recherche :

- une insertion dans un milieu de travail ordinaire
- qu'elle se fasse vite
- c'est le patient qui choisit son emploi
- il faut un soutien individuel.

B - Le rétablissement.

L'objectif principal est le **rétablissement**.

Il faut s'éloigner du modèle médical ancien pour aller vers de nouvelles pratiques.

Les pratiques anciennes supposent :

- des méthodes sévères et contraignantes
- des ateliers protégés
- une hospitalisation au long terme
- des doses massives de médicaments
- une présence très active du personnel soignant

Le modèle de rétablissement demande

- une psychoéducation de la famille et des usagers
- des initiatives personnelles du patient
- des médicaments adaptés à chacun
- une implication de l'utilisateur dans le traitement
- des groupes d'entraide

.../...

C - Convictions actuelles et convictions attendues.

Ces deux approches très différentes et souvent opposées reposent sur des **convictions** encore actuelles qui n'ont rien à voir avec celles attendues.

Quelles sont ces convictions actuelles ?

- que le patient est inapte à la vie en société
- a un problème qui doit être réglé par quelqu'un d'autre
- ne comprend pas ses propres besoins
- n'a aucune chance de se rétablir

Quelles sont ces convictions attendues?

- que le patient peut vivre en société avec un soutien
- qu'il peut donner sa contribution à la société/peut être utile
- peut apprendre les moyens de gérer les symptômes
- peut utiliser son expérience de la maladie mentale comme source d'expériences
- peut apprendre et enseigner à d'autres usagers
- peut s'en sortir et s'en sort (1)

La Réhabilitation psychosociale a quatre objectifs principaux :

- la maison
- le travail
- les relations sociales :
 - la famille (l'alliance thérapeutique avec les familles divise par deux la durée et le nombre d'hospitalisations. Les familles (souvent très ignorantes au moins au début des troubles psychiques) demandent des conseils, comment échanger avec son parent malade etc ...
 - les amis, la vie sentimentale, etc...
- la santé-traitement (respect des rythmes biologiques, adaptation au stress, etc...)

II - Une première approche : le patient expert .

Tout service engagé dans la réhabilitation psychosociale va très naturellement se poser la question du recrutement d'un pair aidant.

Mais de quelle pair-aidance parle-t-on?

Nous allons montrer comment certains médecins ont un « **point de vue** » sur cette question qui est imparfait et qu'ils parleront alors de **patient expert** plutôt que de pair-accompagnant (2).

1. Dr Gilles VIDON, Nantes, le 5 juillet 2013 « Concepts, pratique et outils de la réhabilitation psychosociale ».

2. EHESP, 2013, Le patient expert dans les établissements de santé ; Animé par Bernard TIREL, Directeur d'hôpital. Professeur Honoraire à l'EHESP.

.../...

A - Un nouveau type d'échange.

Ils constatent que le mouvement des Alcooliques Anonymes (AA), créé en 1934, a posé les fondations d'un **nouveau type d'échange** basé sur des pratiques informelles et formelles entre patients.

Ils observent également que ce modèle d'organisation va s'étendre à d'autres groupes, comme les usagers de drogues dans les années 1950.

Si la personne est bien accompagnée elle trouvera suffisamment de ressources en elle pour trouver ses propres solutions.

Ils vont alors distinguer les malades : ceux qui ont un rôle de représentant des usagers de ceux qu'ils appellent des « patient experts » qui comprennent leurs maladies pour être acteurs de leurs guérisons.

Le professeur André Grimaldi par exemple va distinguer :

- le patient expert de lui-même
- le patient ressource pour les autres
- le patient aidant.

B - Un rôle primordial dans l'éducation thérapeutique.

Quelle que soit la catégorie à laquelle appartient le patient expert, il s'agit d'un acteur de santé qui peut jouer un **rôle primordial dans l'éducation thérapeutique** et porte des valeurs fortes de solidarité, d'engagement et d'entraide.

Compte tenu des enjeux en matière de santé publique que représente l'éducation thérapeutique il convient de s'interroger sur l'évolution du concept de patient expert et les prérequis permettant l'acquisition d'un véritable **statut**, de façon à renforcer et à légitimer la place du patient expert au sein des établissements de santé.

Par ailleurs cette évolution se justifie également dans un contexte particulier. Aujourd'hui, plus de 10 millions de personnes sont reconnues comme souffrant d'une maladie longue durée. Les affections psychiatriques de longue durée et la maladie d'Alzheimer et pathologies associées, représentent à elles seules plus de 5 000 000 cas, et se placent en haut de tableau.

L'accroissement du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques obligent à changer les habitudes de soins en passant de « **travailler pour** » à « **travailler avec** » le patient.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) initié par les textes internationaux est reprise en France par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPAST) du 21 juillet 2009 qui fait de l'éducation thérapeutique une priorité nationale.

Le patient expert désigne une personne atteinte d'une maladie **chronique** qui a développé, au cours des années de sa vie avec cette pathologie, une connaissance fine de sa maladie. Il s'agit davantage pour les patients d'être de véritables acteurs de leur prise en charge plutôt que des experts.

.../...

C - Le patient est éduqué par les soignants.

Les **soignants doivent pouvoir transmettre au patient le savoir et les outils** dont il a besoin pour être autonome. Le patient est éduqué et responsable.

Mais cette étape ne doit pas se faire de façon standardisée. Elle doit être adaptée à chacun. L'équipe soignante doit s'intéresser à la vie du patient, le questionner sur son contexte social, familial, professionnel.

Souvent, plus qu'une information scientifique sur sa maladie, le patient souhaite savoir les conséquences concrètes sur sa vie quotidienne. Le patient, lui, est compétent pour dire ce qu'il vit de sa maladie. Il est intéressant de confronter les savoirs scientifiques et profanes. Le patient « éclairé et empowered » est alors capable de co-décider de sa santé avec le médecin.

D - On est à des années lumières du savoir expérientiel.

On comprend bien ici qu'avant tout le patient expert tient une bonne part de son savoir de celui que le médecin arrivera à lui donner grâce à la pédagogie dont il saura faire preuve. Le patient doit en premier lieu **être éduqué par son médecin**. En **deuxième** lieu il peut **partager un vécu** et une expérience **avec d'autres patients**, on parlera alors de patient ressource.

Dans cette conception de la pair-aidance on voit bien qu'on est à des années lumières du **savoir expérientiel** dont nous parlerons dans la suite de ce mémoire. Partager un vécu et une expérience avec d'autres patients devient secondaire presque accessoire... Et ne se conçoit qu'en deuxième lieu.

Bernard Tirel déplore que la place du patient expert souffre d'un manque de reconnaissance institutionnel au sein des établissements. Comment en serait-il autrement tant qu'une telle hiérarchie des savoirs est à ce point défendue. Par contre il regrette que les modalités de l'intervention du patient expert/pair-aidant ne soient pas clairement définies.

Cette dernière remarque est pour nous essentielle et nous essaierons d'y répondre dans la suite de ce mémoire.

III – Le rejet du pouvoir et du paternalisme.

Comme nous venons de l'évoquer en parlant du savoir expérientiel il y a au cœur de la pair-aidance une contestation du paternalisme médical.

Progressivement l'autorité médicale a été mise à mal et le premier champ de cette contestation fut sans doute celui de la psychiatrie. Né dans les années 1950, le mouvement de l'antipsychiatrie considère les psychiatres comme des agents du pouvoir politique. Il remet en cause leurs savoirs et leurs modes d'intervention, parmi lesquels les asiles, l'enfermement et les électrochocs. Il promeut une vision de la folie comme étant une expérience de vie, un voyage.

.../...

A - L'expérience communautaire de la maladie mentale.

Dans la lignée douze étapes des Alcooliques Anonymes, ce mouvement mondial, particulièrement fort aux Etats-Unis, en Italie et en Angleterre, entend placer **l'expérience communautaire** de la maladie mentale au centre du processus de gestion de la maladie. Les premiers acteurs de l'antipsychiatrie furent des patients et des psychiatres en lutte qui cherchaient des alternatives communautaires à l'institutionnalisation vécue comme punitive et inefficace, développant l'idée de programmes « **par et pour** » les personnes concernées. L'idée étant que des anciens internés utilisent leur expérience de la maladie pour aider au rétablissement de malades dans des centres d'entraide mutuelle.

B - L'empowerment s'oppose à la passivité.

Il s'y propage un programme d'espoir et de réconciliation avec le trouble psychiatrique. Le pouvoir d'agir individuel (**empowerment**) et l'autodétermination des malades sont vus comme un moyen de s'opposer à la **passivité** exigée et obtenue dans les institutions psychiatriques traditionnelles. Ce mouvement milite pour une société inclusive. Il met l'accent sur l'expérience psychiatrique plutôt que le trouble psychiatrique.

C - Autonomisation des patients et empowerment.

L'intégration de soi a été modélisée en opposition à la posture dite d'extériorité adoptée par les malades plutôt **passifs** dans leur relation avec le médecin (3).

Barbot et Dodier ont montré que l'intégration de soi des malades favorise l'observation de soi, mise ensuite en comparaison avec l'expérience de leurs pairs et finalement discutée avec le médecin.

Ce processus peut être vu comme une amorce de **savoirs expérientiels collectifs** et une auto responsabilisation librement consentie. Il est la voie royale de l'empowerment défini comme un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique (4).

De nombreuses études confirment que l'empowerment améliore l'état de santé des populations (5).

L'empowerment diffère de l'autodétermination. La grande différence porte sur la **capacité d'influence sur l'environnement** qui n'émerge qu'en position d'empowerment.

3. Bardot J, Dodier N. L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie du VIH. Sciences sociales et santé 2000 ; 18 :75

4. EHESP, glossaire multilingue de la base de données en santé publique

5. Olivia GROSSE, L'engagement des patients au service du système de santé.

.../...

Il ne s'agit pas seulement de choisir librement mais de faire en sorte que des stratégies soient possibles. En cela il englobe et dépasse l'auto-détermination et réclame des actions d'intérêt général.

Il est certes un pouvoir d'agir mais il est aussi, et surtout, une force créatrice produisant des innovations basées sur des savoirs situés et des savoir-faire atypiques et originaux.

Cela vaut dans le contexte collectif de l'empowerment comme dans le contexte des soins individuels. Mais réclame des environnements capacitants.

D - L'Éducation Thérapeutique du patient.

Le lien entre l'autonomie des patients, leur sentiment d'efficacité et l'amélioration de leur qualité de vie et de leur santé est avéré.

Aussi, depuis 2007, se sont développés en France des programmes d'ETP.

Intégrés aux soins, ces programmes enseignent aux patients à se prendre en charge et à mieux vivre avec leur maladie chronique en les aidant à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin en termes d'auto-soins, d'autosurveillance et d'adaptation à la maladie.

L'ETP participe à l'objectif de favoriser l'auto-détermination des patients. Elle suit les principes des « **soins centrés sur les patients** ». Elle repose sur une relation dite partenariale, où l'expertise du patient sur sa vie avec la maladie est prise en compte par ses soignants.

Cette conception des soins s'oppose à celle des **soins centrés sur la maladie**. En France, la loi de santé publique de 2009 a généralisé l'ETP répondant au constat selon lequel les patients actuels ont besoin de connaître leur maladie et de comprendre pourquoi et comment la prendre en charge.

E - Une médecine basée sur les savoirs expérientiels des malades.

Les savoirs des patients, basés sur les faits et les épreuves diffèrent de ceux des professionnels basés sur les seules preuves. La perspective des patients sur les soins est basée sur leur expérience collective des parcours de soins, de la vie quotidienne de la maladie, de la relation médecin-malade.

Ces trois expériences constituent ce qui est appelé : **les savoirs expérientiels**.

Des mesures législatives ont en France et ailleurs, organisé la participation des patients, et plus généralement celle des usagers, aux politiques de santé et à leurs mises en œuvre.

.../...

IV - Le recours à l'expertise des patients : un phénomène mondial et protéiforme.

A - Recruter d'anciens patients.

Les premiers milieux où l'engagement de patients a été sollicité par les institutions dans le cadre des soins, nous l'avons déjà évoqué, sont ceux des addictions et de la santé mentale. Ces deux différents milieux ont recruté d'**anciens patients** pour qu'ils contribuent aux soins de personnes institutionnalisées pour leurs troubles, à partir des approches par les pairs. Dans ces contextes, éminemment liés au besoin des patients de reprendre du pouvoir sur leur vie Olivia Gross entend par soins toute action qui va y contribuer.

Ces recrutements reposent sur l'idée qu'une personne ayant vécu elle-même des troubles psychiques, ou ayant connu l'addiction à un produit, a un rôle déterminant à jouer dans l'empowerment de ses pairs.

Leur parole est particulièrement crédible pour propager le discours du rétablissement car ils ont eux-mêmes trouvé la voie qui leur a permis de rompre avec leurs démons, au moins temporairement.

S'il est fait référence à une durée, c'est que le concept de rétablissement induit qu'une nouvelle vie est possible mais qu'il **n'y a pas de guérison** définitive de ces troubles. Ce qui réclame une hygiène de vie et une autosurveillance à même de se maintenir dans le rétablissement.

Malgré des réticences, le concept de rétablissement s'est imposé progressivement en santé mentale et dans les addictions dans les **pays anglo-saxons, au Canada, en Australie et dans les pays nordiques**. Ainsi au Royaume-Uni il est devenu la norme réglementaire.

Dans ces pays, des personnes en rétablissement sont recrutées par les institutions de soins pour leurs compétences spécifiques. Ces compétences se sont révélées particulièrement utiles pour améliorer les soins proposés, comme elles l'ont été auprès des patients.

B - Les médiateurs de santé-pairs/travailleurs-pairs.

De nombreux programmes à travers le monde convoquent d'anciens patients, comme collègues des soignants, dans les services psychiatriques.

Ces derniers sont dits des médiateurs de santé-pairs (MSP) ou des travailleurs-pairs (peer support workers).

L'intérêt de cette approche ayant été démontré, ce type de programmes s'est développé : le Canada, l'Angleterre, l'Ecosse, la Nouvelle-Zélande et le Danemark incitent, par la loi, les institutions à embaucher des MSP. Au Etats-Unis ils sont 10 000 en activité.

La pair-aidance en se basant sur la valeur thérapeutique de l'**identification réciproque** facilite la communication. Processus qui ne s'actualise qu'à la condition que le pair-aidant se dévoile aux personnes hospitalisées.

.../...

Aussi les pairs-aidants doivent être totalement à l'aise avec leur posture et en capacité de faire part de leur histoire de vie.

Pour un ancien patient, le fait de s'engager dans la pair-aidance participe à son retour à l'emploi, à son propre rétablissement.

Nous verrons que pour Philippe Maugiron (MSP à l'Hôpital Sainte-Anne de Paris) son rôle consiste à accompagner des usagers dans leur processus de rétablissement en s'appuyant sur deux leviers fondamentaux : ceux de l'espoir et l'identification. L'utilisateur peut commencer à envisager un nouveau projet de vie satisfaisant.

Il faut alors parler de rétablissement physique, mental mais aussi social.

Sa collaboration avec l'équipe de soin est qualifiée de complémentaire par ce MSP.

Il est en capacité de dire : « je comprends » ou « je sais ce que tu dis et ce que tu vis » parce que **j'ai vécu la même chose**.

Cela ouvre une autre distance de communication, de confiance et de compréhension pour l'utilisateur. Ses interventions peuvent contribuer à faciliter la sortie de la première étape du processus de rétablissement : la **sortie du déni**.

C'est une autre forme d'expression qui contribue, comme celle des soignants, à créer du **lien**. Il faut rompre l'isolement, proposer une **ouverture vers l'extérieur**.

Sa pratique permet de renforcer le travail spécifique des collègues. Non seulement ces pratiques se complètent mais leur rencontre peut générer un bénéfice qui n'existerait pas l'un sans l'autre.

Une **valeur ajoutée** naît de cette agrégation (5).

C - De quel nouveau type d'échange parle-t-on ?

En quoi l'apport d'un pair-aidant est-il spécifique, complémentaire de celui de l'équipe de soin ?

Pour le comprendre nous allons revenir sur ce qui a fait l'originalité de la création des Alcooliques Anonymes et pourquoi on peut parler à cette occasion d'un nouveau type d'échange.

Un groupe s'est détaché par l'influence qu'il aura sur le mouvement « self-help » tout au long du XX siècle comme nous l'avons écrit : celui des Alcooliques Anonymes.

Il est souvent considéré comme à l'origine de la fonction de soutien par les pairs dans le champ de la santé mentale.

C'est en 1935 que Bill W., courtier en Bourse, dépendant à l'alcool depuis de nombreuses années, désespéré et suicidaire, retrouve **l'envie et la force de lutter** pour devenir abstinente grâce à la visite d'un de ses amis Ebby, lui-même récemment devenu sobre.

Mesurant l'importance de ce **soutien et de ce partage entre pairs** pour conserver leur abstinence, ils décident, le 10 juin de cette même année, de fonder le groupe d'entraide les Alcooliques Anonymes.

5. Olivia Gross, L'engagement des patients au service du système de santé, p.83

.../...

Ce soutien fait référence à Dieu en tant qu'entité supérieure pourvoyant de l'aide et de la force, sans pour autant en imposer la croyance ni une définition plus précise. En ce sens les Alcooliques Anonymes ne sont **pas un mouvement religieux**.

D - Une dynamique collective.

Une grande variété de dynamiques collectives s'observe dans ces groupes, cependant fortement structurés par les douze traditions et promesses des Alcooliques Anonymes.

Le premier principe et pilier consacre l'idée que le bien-être individuel est intrinsèquement relié au bien-être commun, à l'instar de la philosophie « self-help » : « **Notre bien-être commun devrait venir en premier lieu** : le rétablissement personnel dépend de l'unité des Alcooliques Anonymes » (6).

Ces groupes rencontrent un franc succès. Ils s'étendent sur tout le territoire américain, avant de gagner le Canada, puis l'Europe.

Ce mouvement s'implante en France dans les années 1960, notamment grâce à l'ouvrage **Avec les alcooliques anonymes de Joseph Kessel (1965)**. En 2017, il représente environ 600 groupes répartis sur l'ensemble du territoire français.

Ce modèle d'entraide et de soutien entre pairs sera repris et largement diffusé dans le champ des addictions.

Des collectifs se créent. Indépendants les uns des autres, ils sont tous en lien avec les Alcooliques Anonymes. La naissance de Narcotiques Anonymes est datée de septembre 1953 : « Il s'agit d'un groupe informel de toxicomanes, qui se regroupent pour s'aider les uns les autres à se libérer de la toxicomanie » (7). La première réunion de ce mouvement en France se déroulera en 1983.

De nouvelles figures de pair émergeront de cette dynamique d'accompagnement et de soutien : le pair-aidant principalement inscrit dans le champ de la santé mentale ; le médiateur de santé-pair participant comme membre salarié dans des équipes de psychiatrie ; le facilitateur de groupes de parole autogéré ou non, etc...

V - Un tournant politique.

Au cours des années 2000, le politique s'empare progressivement de l'idée de soutien par les pairs.

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (**GEM**) en seront une des premières applications concrètes. Cette volonté politique instituant les GEM a surtout émergé sous la pression d'associations majeures du champ de la santé mentale : la **FNAPSY**, l'**UNAFAM**, etc... Ces organisations se sont largement inspirées de l'exemple de leurs pairs à l'international et notamment des self-help groupes américains, des **clubhouses** et des groupes d'entraide canadiens (Vanthuyne, 2003, 2008).

6.Extrait de la première des douze traditions structurant les fonctionnements des Alcooliques Anonymes.

7. Extrait du premier des douze principes fondant Narcotiques Anonymes.

.../...

Ces activistes prônent l'importance de la reconnaissance de l'expérience vécue par les personnes directement concernées et la recherche de solutions aux problèmes qu'elles rencontrent.

Le déploiement des GEM a été rendu possible par des subventions.

Il s'agit aussi de lutter contre l'isolement. En lien avec la théorie du rétablissement le **CC-OMS de Lille** sera à l'origine de l'expérimentation de **médiateurs de santé-pairs**. Cette introduction des pairs-aidants dans le champ de la santé mentale, posait de nombreux problèmes, dont celui de la reconnaissance de leur savoir issu de l'expérience de la maladie, de l'efficacité de sa mise en œuvre, de la création d'une nouvelle profession.

Toujours concernant l'institutionnalisation de la fonction de pairs-aidants, une initiative forte de la part de l'Etat Français a été le programme expérimental « **Un chez-soi d'abord** ». Le ministère de la Santé s'est engagé dans le déploiement d'un nouveau modèle d'intervention étatsunien : le « Housing First ».

Enfin en 2017 est promu au niveau ministériel une stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale en direction des personnes ayant un handicap psychique.

La reconnaissance des capacités des personnes handicapées psychiques et leur implication dans les actions les concernant est vivement recommandée (8).

Cela surtout à l'heure où les notions de rétablissement, de pouvoir d'agir des personnes (empowerment) et de réhabilitation psychosociale amplifie fortement le champ des interventions et des pratiques ainsi, et surtout, que leurs effets.

A - Une connaissance spécifique ?

En 2007 une étude de L.V.Mancini souligne que le soutien par les pairs augmente significativement la croyance en sa propre efficacité, par l'espoir qu'il suscite et par l'apprentissage qu'il permet.

La comparaison sociale est également une dynamique explicative des effets observés entre pairs. Cette tendance à se comparer à autrui se déploie selon trois axes au moins.

Tout d'abord, l'évaluation de la pertinence de ses opinions et de ses modalités d'action ainsi qu'une meilleure compréhension de ses émotions.

Ensuite, la mesure d'un écart entre soi et ceux qui vont mal, ce qui est favorable à l'entretien de l'estime de soi.

Enfin, la comparaison avec ceux qui vont mieux, pour l'espoir qu'ils inspirent et l'apprentissage d'informations nécessaires à une amélioration de soi qu'ils permettent.

La théorie de Festinger permet aussi de comprendre que, pour normaliser leur expérience, certaines personnes recherchent le contact de pairs partageant leur situation.

8. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2017, p15

B - L'expérience peut-elle faire connaissance ?

Dans les champs de la santé, les savoirs expérientiels, tels que nous les avons déjà présentés dans ce mémoire, sont souvent promus par les défenseurs de la participation des usagers et revendiqués par les pairs ayant besoins de cette légitimité pour exercer leurs fonctions.

Pour autant, donner à voir et décrire les savoirs expérientiels, les définir et les circonscrire, expliquer leur nature, prouver leur existence ou encore démontrer leur validité, n'est pas chose aisée, ni pour leurs promoteurs, ni pour leurs détenteurs. **L'expérience peut-elle faire connaissance ?** Cette question divise encore aujourd'hui le champ académique.

VI - Travailler avec des professionnels patentés.

Certains pairs-accompagnants refusent le salariat en raison de la fragilité de leur situation financière.

Très généralement, une part de ceux-ci vit de revenus issus de la solidarité nationale : Allocations Adulte Handicapé (AAH), rente de la Sécurité Sociale ou de l'armée.

Ils sont ainsi partagés entre reconnaissance de leur travail et perte de leur sécurité financière. La salarisation de leurs pratiques peut réduire, suspendre ou arrêter le bénéfice d'allocations diverses.

De plus ils ne sont pas certains de la pérennité de leur éventuel salaire pour le long terme. Ils peuvent alors ne pas retrouver la sécurité des allocations ou encore de subir un délai de carence d'une année au moins.

A - Le pair accompagnant privilégie sa subjectivité.

En France, l'introduction comme salariés de pairs-accompagnants dans les milieux professionnels se déroule quasi-exclusivement dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Le pair-accompagnant privilégie la **subjectivité**, les affinités réciproques, la liberté du pair-accompagné de s'engager ou non dans une relation de pair-accompagnement. Le professionnel justifie son activité en mobilisant les termes de missions, de mandats, de fonctions rationnellement déterminées et articulées, de savoirs professionnels, de compétences ou encore de conformité aux procédures et aux guides de bonnes pratiques.

Les modalités de l'exercice entre pairs-accompagnants et professionnels varient considérablement.

Les pairs-aidants recrutés au sein du programme « un chez soi d'abord » constituent une exception notable. Ils ont été recrutés dans un contexte professionnel déjà acquis à la question des savoirs expérientiels, dans un programme expérimental où ils sont considérés a priori comme une pièce maîtresse.

.../...

Peu de professionnels des secteurs sanitaire, du social et du médico-social travaillent actuellement avec des pairs-accompagnants. L'inscription des pairs-accompagnants au cœur d'une équipe pluriprofessionnelle est généralement le fait d'une décision au niveau politique. Cette option peut également être retenue par un chef de service ou un directeur d'établissement.

Valoriser le pair-accompagnement est-ce perdre tout ou partie de sa place de professionnel ?

Les syndicats infirmiers ont particulièrement dénoncé le risque de la perte de valeur de leur diplôme et de leurs statuts. Les syndicats de médecins psychiatres ont vu dans cette introduction des pairs-accompagnants une remise en cause des fondements même de la clinique ; ils ont estimé non fondée la plus-value apportée par ce type de travailleurs.

B - Un brouillage des frontières entre soignants et soignés.

L'introduction des pairs-accompagnants dans les services psychiatriques a été perçue par certains professionnels comme un brouillage des frontières entre soignants et soignés.

Or, c'est précisément un des enjeux politiques majeurs de la théorie du rétablissement.

La nette distinction entre ces deux populations est dénoncée comme légitimant la stigmatisation et renforçant les pratiques de discrimination, y compris dans le champ des soins.

Faire de la place aux pairs-accompagnants suppose de reconnaître une certaine légitimité aux savoirs d'expérience. Les professionnels ont appris à se méfier de leur **subjectivité et à la tenir à distance**, sauf exception de l'intuition clinique. Aussi cela peut-il leur sembler paradoxal de valoriser l'expérience des pairs-accompagnants.

Certaines questions posées par les pairs-accompagnants semblent judicieuses.

Ainsi le pair-accompagnant est parfois identifié comme une personne ayant besoin d'aide ou encore comme une personne vulnérable. Par suite, il serait perçu et traité à l'instar des bénéficiaires d'un suivi médical ou d'un accompagnement.

Les professionnels aspirent-ils et œuvrent-ils véritablement à l'autodétermination des publics concernés ?

Selon des pairs-accompagnants, les professionnels focalisent sur les incapacités et la réduction du champ des possibles, et ne perçoivent pas toujours, ou alors mal, le potentiel à développer ou encore les capacités à faire autrement.

C - L'entraide mutuelle.

L'entraide mutuelle est issue de mouvements d'usagers, notamment, nous l'avons vu des Alcooliques Anonymes. C'est à partir de l'entraide mutuelle qu'est né le concept de la pair-aidance.

Des services de soins ont recruté des personnes dites « en **rétablissement** » dans leurs équipes, considérant que celles qui ont vécu un problème et réussi à le surmonter sont très efficaces pour aider les autres à faire la même chose. .../...

Le concept de « pair-aidant » considère que ces personnes peuvent apporter une expérience spécifique. C'est un accompagnement original qui impulse une **dynamique**. L'espoir est au centre de cette dynamique qui met l'accent sur la possibilité de retrouver un sens à sa vie.

Pour Julie Reppert et Tim Carter, le pair-aidant en partageant son vécu et son histoire de rétablissement a pour but de donner : de l'**espoir**, de servir de modèle d'**identification**, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécu (9).

D - Le contexte de l'expérimentation des médiateurs de santé pairs.

En France une expérimentation top down a été menée dans le cadre d'un programme « Médiateur de Santé-Pair » (MSP) qui a été initié par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CC-OMS).

Il s'appuie sur des **expériences étrangères** d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans des équipes de soin en santé mentale et, plus particulièrement celles du modèle **québécois**. Au 30 juin 2014, quatorze MSP étaient encore en poste. Deux différents types de pilotage ont été mis en place par le CC-OMS : régionaux et interrégionaux.

Parmi les membres des comités de pilotage inter-régionaux étaient notamment présents la Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY) ainsi que l'Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

E - Pour quel résultat ?

Une recherche qualitative a été réalisée sur l'insertion des MSP dans les équipes de soin. En février 2015 le CCOMS de Lille a publié un rapport final mettant l'accent sur des résultats globalement positifs.

VII - L'intégration réussie d'un médiateur de santé pair à l'Hôpital Sainte-Anne.

A - Le point de vue du médecin responsable de l'unité.

L'unité de soins psychosociaux du pôle 16 du centre hospitalier Sainte-Anne (Paris) a intégré en janvier 2012 un médiateur de santé-pair.

L'intégration s'est faite en ayant très peu d'indications sur ce qu'était vraiment un médiateur de santé mais ce projet était en parfaite adéquation avec les fondements de l'unité : un hôpital de jour (HDJ) engagé dans la **réhabilitation psychosociale** depuis de longues années.

9. Repper J. Carter T. Using personal experience to support others with similar difficulties: a review of the literature on peer support in mental health service. London. Together/University of Nottingham/NSUN : 201

Ce projet a d'abord été porté tout du long par le médecin de l'unité et par le cadre supérieur de santé. Bien en amont de l'arrivée du MSP, son intégration a été discutée en équipe sur un semestre. Le MSP pourrait aborder d'une autre façon l'Education Thérapeutique, le rétablissement, etc... Le MSP devait faire partie intégrante de l'équipe.

Son intégration fut progressive ce qui était considéré comme essentiel par l'équipe. Il s'agit presque d'une révolution dans la représentation du patient et du rôle de soignant du MSP.

Avant l'arrivée du médiateur l'équipe a élaboré un **profil de poste précis**.

Ont été ciblés les **groupes** thérapeutiques, le groupe parole, le groupe « échanges d'expérience » (qui vise à accompagner les usagers vers la découverte des structures professionnelles et de réinsertion sociale).

Le MSP avait à sa disposition deux soignants. Cette notion d'interlocuteurs privilégiés disponible pour le MSP perdure.

La venue du MSP a été abordée avec les patients lors d'un groupe « parole ». L'équipe soignante s'est engagée à recueillir leur avis trois mois et six mois après la venue du MSP.

Dans les premières semaines de son intégration le MSP a été en tant qu'observateur **dans tous les groupes**, hormis ceux spécifiques à la remédiation cognitive.

Sa présence aux réunions de synthèse a été essentielle. Il a ainsi participé à toutes les réflexions d'équipe.

Dans un second temps, il a été co-animateur dans des groupes d'éducation thérapeutique, d'échanges de parole. Plus récemment, après l'avoir soumis à l'équipe, il anime seul un groupe centré sur le rétablissement.

Il est passé progressivement d'un mi-temps à un temps partiel à 80%.

B - Le point de vue du Médiateur de Santé Pair.

Son intégration a débuté par des co-animations de groupes et par la participation à des entretiens individuels en tant que témoin.

Formé à l'ETP il co-anima un programme d'ETP (modules de Liberman).

Ce premier temps d'un an et demi fut le temps de l'apprentissage.

Le **groupe « Rétab »** est le dernier groupe qu'il a proposé. Il a pour objectif de transmettre de l'**espoir**, de favoriser le passage à l'**action** pour entrer dans un processus de changement. Il s'agit de donner de l'information sur des structures en rapport avec le rétablissement. Des rencontres sont organisées avec les intervenants **extérieurs** tels que des professionnels engagés dans ce domaine ainsi que des usagers partageant leur récit de vie.

Ces temps de partage favorisent l'**identification** et la prise de conscience de leur **propre cheminement** et de toutes les dimensions du rétablissement. Dans le cadre de ce groupe il parle du rétablissement au sens général, ainsi que des concepts tels empowerment, l'insigt. .../...

Les participants du groupe sont **en demande de témoignages** sur le rétablissement. La pluralité ainsi que la diversité des interventions leur permettent d'acquérir un grand champ de vision sur ce sujet. C'est encourager leurs capacités à **s'ouvrir à l'extérieur**, en dehors des prises en charges institutionnelles. Ainsi ils sont encouragés à considérer leur rétablissement avec confiance et comme un large espace des possibles.

Avec une collègue médiatrice Philippe Maugiron ont créé l'**Association Francophone des Médiateurs de Santé Pairs** dont il est le Président. C'est l'expression de la quintessence de son engagement en tant que citoyen ordinaire, ex-usager et à présent professionnel en santé mentale pour la promotion du savoir expérientiel et de l'intégration de pairs aidants dans les services.

C - Le point de vue des usagers.

Soucieuse des points de vue et des réflexions des usagers l'équipe soignante a organisé deux réunions pour qu'ils puissent s'exprimer au sujet de ce nouvel acteur qu'est le MSP.

Ils considèrent que c'est une présence qui rassure, quelqu'un qui peut les comprendre, qui s'exprime avec authenticité, qui explique bien, avec d'autres mots et qui n'utilise pas de jargon médical. Il est à l'écoute et disponible. Il est de bon conseil.

Certains usagers considèrent le médiateur comme un professionnel. (10)

10. Corinne Launay, Philippe Maugiron. Centre hospitalier Sainte-Anne, Pôle 16 adulte. 1 rue Cabanis. 75014 Paris. Annales Médico-Psychologiques 175 (2017) 741-746.

.../...

CONCLUSION

A ce jour, il y a autant de types d'insertions que de médiateurs.

Pourtant l'intégration en janvier 2012 de Philippe Maugiron que nous avons présenté en fin de Mémoire a particulièrement retenu notre attention.

Pour l'unité de l'hôpital Sainte-Anne qui l'a accueilli son intégration semble tellement réussie qu'il est en quelque sorte difficile de revenir en arrière et se projeter dans un fonctionnement sans MSP.

Il nous semble donc particulièrement pertinent de fortement s'en inspirer.

Nous avons précisé qu'un premier prérequis indispensable était que l'unité d'accueil soit préalablement engagée, si possible depuis de nombreuses années, dans la **réhabilitation psychosociale**.

Il faut alors pour faire de la place aux pairs-accompagnants que les professionnels patentés reconnaissent une certaine légitimité aux savoirs d'expérience.

On peut alors distinguer différents types de savoirs expérientiels liés à des situations spécifiques :

→ **des savoirs pratiques rendant autrement capables** : comment faire pour arriver à ses fins quand la rencontre entre son propre potentiel et l'environnement ne permet pas immédiatement de réussir ?

→ **des savoirs favorables à l'exercice de l'empathie vis-à-vis de ses pairs** : l'expérience permet de juger autrement du crédit à accorder à certains propos, facilite la possibilité de se mettre à la place du pair pour mieux le comprendre.

→ **d'autres savoirs relèvent davantage d'une montée en abstraction** : discerner le potentiel du pair de ses capacités de développement, appréhender les **conséquences concrètes de phénomènes sociaux tels la stigmatisation, la discrimination, la ségrégation, etc...**

Le but ultime du pair-aidant est d'impulser une **dynamique**, d'ouvrir le champ des possibles pour que l'utilisateur trouve en lui-même les ressources qui lui permettront de sortir de l'hôpital durablement.

Dans ce but les outils principaux utilisés par le pair-aidant font appel au partage de vécu d'expérience.

Il utilise l'identification. « En dévoilant positivement sa condition, le pair-aidant représente un modèle pour les patients... **L'identification est réciproque** : le patient voit dans le pair-aidant un pair qui s'est rétabli et le pair aidant reconnaît ce qu'il a été dans ce patient.

Le pair-aidant témoigne du fait que l'on peut passer par la souffrance psychique et en sortir, assumant ainsi une fonction de « révélateur » propre à susciter une mobilisation.

Tout en témoignant d'un passé empreint de troubles psychiques, sa posture d'**empowerment** fait naître l'idée qu'un mieux-être est possible et accessible ». (11) et (12).

11. Staedel B. Pair-aidance et savoir expérientiel. 2015

12. Anne-Eva Libert, Thèse, Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine soutenue le 2 mai 2019, p.43

To empower est un terme juridique qui signifie donner pouvoir, **donner procuration**. L'empowerment souvent traduit par pouvoir d'agir est une notion récente.

La définition est l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est étroitement lié à la notion de **rétablissement**.

La maladie implique **la perte**, avec l'empowerment il s'agit de récupérer un pouvoir de décision et d'agir.

Mais l'empowerment est également une **posture** : il faut que le pair-aidant ne manifeste aucune gêne à évoquer les périodes où il était « ailleurs ». Ce n'est qu'à cette condition que le pair-accompagné acceptera la « procuration » qui lui est offerte.

On comprend ici que ce prérequis ne peut être donné en général par un infirmier, une infirmière, un psychiatre aussi compétents soient-ils.

C'est pourtant une condition souvent indispensable pour transmettre de l'**espoir** aux pairs-accompagnés, favoriser le passage à l'action et entrer dans un processus de changement qui va conduire les patients « hors les murs de l'hôpital », comme l'explique d'une autre façon Philippe Maugiron.

Comme nous l'avons évoqué plusieurs fois dans ce mémoire le groupe des Alcooliques Anonymes est souvent considéré comme à l'origine de la fonction de soutien par les pairs dans le champ de la santé mentale.

Comme nous l'avons précisé dans ce mémoire il nous paraît judicieux d'insister sur l'idée que **c'est le bien-être commun que recherchent en premier lieu ces pairs précurseurs**.

L'exemple que nous avons choisi d'une intégration réussie à l'hôpital Sainte-Anne montre qu'avant l'arrivée du pair-aidant l'équipe doit élaborer un **profil de poste précis** où sont ciblés les **groupes** thérapeutiques où il aura le plus de facilités à s'intégrer même s'il participe par ailleurs à des entretiens individuels.

Les équipes soignantes déjà en place peuvent avoir du mal à se fier à l'expérience **subjective** du pair alors qu'en formation professionnelle ils ont appris à prendre du recul, à **mettre à distance**.

C'est pourtant l'un des rôles essentiels de la pair-aidance que de participer à un **brouillage des frontières entre soignants et soignés**.

C'est précisément un des enjeux politiques majeurs de la théorie du rétablissement qui est au cœur de la réhabilitation psychosociale.

Dans un tel contexte un autre prérequis est de préparer les équipes d'accueil à cette révolution.

L'aspiration de certains militants patients ou usagers à davantage d'empowerment et d'autodétermination converge avec la dynamique politique instituante de la participation et de la démocratisation.

Pour que ce travail délicat et difficile puisse se réaliser il nous semble indispensable qu'il soit reconnu par une **compensation financière significative** alliant éventuellement revenus issus de la solidarité nationale et salaire dans le cadre d'un **temps partiel**.

.../...

BIBLIOGRAPHIE

1. Dr Gilles VIDON, Nantes, le 5 juillet 2013 « Concepts, pratique et outils de la réhabilitation psychosociale ».
2. EHESP, 2013, Le patient expert dans les établissements de santé ; Animé par Bernard TIREL, Directeur d'hôpital, Professeur Honoraire à l'EHESP
3. BARBOT J, DODIER N. L'émergence d'un tiers public dans la relation malade-médecin. L'exemple de l'épidémie du VIH. Sciences sociales et santé 2000 ; 18 : 75
4. EHESP, glossaire multilingue de la base de données en santé publique
5. Olivia GROSS, L'engagement des patients au service du système de santé, 2017
6. Extrait de La première des douze traditions structurant les fonctionnements des Alcooliques Anonymes
7. Extrait du premier des douze principes fondant Narcotiques Anonymes
8. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées et de la lutte contre l'exclusion, 2017, p 15
9. REPERT J., CARTER T. Using personal experience to support others with similar difficulties: a review of the literature on peer support in mental health service. London. Together/University of Nottingham/NSUN: 2010
10. Corine LAUNAY, Philippe MAUGIRON. Centre Hospitalier Sainte-Anne, Pôle 16 adulte. 1 rue cabanis, 75014 Paris. Annales Médico-Psychologiques 175 (2017) 741-746
11. STAEDEL B. Pair-aidance et savoir expérientiel, 2015
12. Anne-Eva LIBERT, Thèse, Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine soutenue le 2 mai 2019

.../...

Titre du Mémoire :

L'INTÉGRATION RÉUSSIE D'UN PAIR-AIDANT EN SANTÉ MENTALE : LES PREREQUIS

Résumé

Pour caractériser les prérequis essentiels à l'intégration réussie d'un pair-aidant en santé mentale nous avons d'abord défini **ce qu'il n'est pas**.

Certains militants vont alors dire l'importance des **savoirs expérimentiels**. Mais l'expérience peut-elle faire connaissance ? Cette question divise encore aujourd'hui le champ académique.

Une intégration exemplaire a été réalisée à l'**hôpital Sainte-Anne** de Paris avec des prérequis très concrets que nous reprenons dans ce mémoire.

Le groupe des **Alcooliques Anonymes** est très généralement reconnu comme à l'origine de la fonction de soutien par les pairs, pourquoi ?

Le **rétablissement** est au cœur de la réhabilitation psychosociale, premier prérequis.

Encore faut-il que le patient ou l'utilisateur ait **l'envie et la force de lutter pour se rétablir**.

Or, qui mieux qu'un « pair rétabli » pour aider la personne à s'engager sur ce chemin ?

C'est bien cette **expérience vécue** qui va peut-être permettre au pair-accompagnant d'être « utile », si le patient ou l'utilisateur **le veut bien**.

Le pair-accompagnant va devoir pour cela mettre en action **une identification réciproque** dans une posture d'**empowerment**. Cela sera d'autant facile qu'un soutien et un partage entre pairs pourra se mettre en place « guidé » par le pair-accompagnant et servant de substitut à des relations sociales (au sens large) défailtantes.

Pour que ce travail délicat et difficile puisse se réaliser il nous semble indispensable qu'il soit reconnu par une **compensation financière significative** dans le cadre d'un **temps partiel**.

Mots-Clés

ENVIE, EDUCATION THERAPEUTIQUE, EMPOWERMENT, SAVOIR EXPERIENTIEL, EXPERIENCE COMMUNAUTAIRE, RETABLISSEMENT, IDENTIFICATION RECIPROQUE, SORTIE DU DENI, ALCOOLIQVES ANONYMES, ENTRAIDE MUTUELLE, DYNAMIQUE, ESPOIR, REHABILITATION PSYCHOSOCIALE, GROUPE THERAPEUTIQUE, SUBJECTIVITE, MISE A DISTANCE.