



HAL
open science

**Interventions basées rétablissement dans la crise
psychiatrique : quelle place pour la pair-aidance ? Étude
qualitative de la représentation des soignants dans une
unité fermée**

Claudie Maillard

► **To cite this version:**

Claudie Maillard. Interventions basées rétablissement dans la crise psychiatrique : quelle place pour la pair-aidance ? Étude qualitative de la représentation des soignants dans une unité fermée. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03921377

HAL Id: dumas-03921377

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03921377>

Submitted on 3 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année: 2022

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Psychiatrie

par

Claudie MAILLARD

Présentée et soutenue publiquement le 21 Octobre 2022

**INTERVENTIONS BASÉES RÉTABLISSEMENT DANS LA CRISE
PSYCHIATRIQUE : QUELLE PLACE POUR LA PAIR-AIDANCE ?
ETUDE QUALITATIVE DE LA REPRÉSENTATION DES SOIGNANTS DANS UNE
UNITÉ FERMÉE**

Présidente : Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC

Membres du Jury : Madame le Professeur Anne SAUVAGET
Monsieur le Docteur Guillaume CHAPELET

Directrices de thèse : Madame le Docteur Marion CHIRIO-ESPITALIER
Madame le Docteur Clémence PROUVOST

Remerciements

À mes deux directrices de thèse, au Dr Marion Chirio-Espitalier, merci pour votre vision inspirante des soins, et votre soutien dans mon projet ; au Dr Clémence Prouvost merci pour la disponibilité, les encouragements et conseils tout au long de cette année.

Au Pr Marie Grall-Bronnec, qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Aux membres du jury, le Pr Anne Sauvaget et le Dr Guillaume Chapelet pour votre intérêt pour mon travail, et votre participation au jury.

À Robin, à notre belle rencontre, à l'amour partagé, aux projets à venir, et un grand merci pour l'aide apportée pour cette thèse.

À mes parents, pour leur amour et soutien inconditionnel tout au long de mes études.

À mes grand parents, pour leur foi inébranlable en mon succès.

À Sarah, à ces souvenirs de colocation de PACES, à une belle amitié qui continue aujourd'hui.

À mes amis de l'externat Saoussane, Marine, Claire, Dorsaf, Aurélie, Sonia, Olivier, Guillaume, pour leur bonne humeur pendant ces années de médecine et aux voyages qu'on a fait ensemble.

À la promo Effexor-Boyard : Audrey, Laurianne, Léa, Marie Sophie, Victoire, Tanguy, Louis, Thibaud, Maëlle, Marianne, Sophia, Rebecca, Charlène, reliés par un parcours commun et des bons moments partagés.

À toutes les équipes de soins et médecins rencontrés lors de mon cursus, qui m'ont fait découvrir la psychiatrie et progresser, afin de trouver mon identité professionnelle.

Aux membres du CRESERC pour leur accueil chaleureux lors de mes venues, à Anne Eva et Elisabeth pour les moments de partage dans l'authenticité et la créativité.

Aux médiatrices de santé pairs Marine, Ciel et Muriel, pour ces rencontres inspirantes.

TABLE

PARTIE A : NOTIONS SUR LA pair-aidance (page 3)

I) Définition

II) Historique, En France

III) La formation

IV) Les missions

V) Données de la littérature

VI) Les caractéristiques du pair-aidant

PARTIE B : ETUDE QUALITATIVE..... (page 11)

I) Introduction

II) Matériel et méthode

- 1) Déroulé de l'étude
- 2) Ethique
- 3) Analyse des données

III) Résultats

- 1) Formation
- 2) Entretiens individuels

IV) Analyse

- 1) Définition de la pair-aidance selon les soignants
- 2) Les leviers perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée
- 3) Les freins perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée
- 4) Les modalités d'organisation du poste et d'intervention
- 5) Les outils d'une intégration réussie

V) Discussion

- 1) Forces et limites
- 2) Comparaison aux données de la littérature
- 3) Le rôle du pair-aidant dans la crise

VI) Conclusion

Annexes

PARTIE A : NOTIONS SUR LA PAIR-AIDANCE

I) Définitions

Le pair-aidant¹ est une personne atteinte de troubles psychiques, souhaitant faire partager à d'autres patients son expérience et leur apporter son aide. Il *“ a pour but de redonner 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 vécues “*. (Repper and Carter, 2010)

Cette notion de pair-aidance permet d'offrir un accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques en complément des soins dits “courants”. Elle est à rapprocher de celle du patient expert ayant une maladie chronique (cancer, diabète, sclérose en plaques...) qui se développe dans les services de santé en appui des soins traditionnels. Elle s'inscrit dans une approche des soins centrée sur le rétablissement des personnes.

Aux Etats Unis, Patricia Deegan, usagère du système de soin, docteur en psychologie est une des figures du mouvement dans les années 1990. Elle s'est impliquée dans le combat pour la reconnaissance des droits des patients, et dans la conceptualisation du rétablissement.

Le rétablissement est un processus personnel visant une amélioration de la qualité de vie globale. L'objectif n'est plus l'amendement des symptômes de la maladie, mais un accomplissement de soi dans les divers domaines de sa vie. (Cardinal and al., 2013)

Une définition est proposée par le comité des usagers du centre de réhabilitation de Lyon² :

« Le rétablissement désigne un processus par étapes qui vise à recouvrer un niveau de bien être pour retrouver sa capacité de décider et sa liberté d'agir. Apprendre à mieux se connaître, reconnaître ses troubles et les accepter sont les clés du rétablissement. Ce processus permet à la personne de contribuer à restaurer un équilibre de vie afin de trouver sa place dans la société en construisant un projet qui lui soit adapté. Retrouver un sens à sa vie, c'est aussi mettre en place des activités de loisir, de plaisir ou de travail qui auront pour objectif l'épanouissement de chacun. C'est aussi la possibilité de se dégager du statut de malade psychique et de se reconsidérer comme une personne parmi tant d'autres. [...] Se rétablir c'est l'espoir d'un avenir meilleur ! »

¹ De nombreuses appellations sont utilisées pour définir les pairs-aidants. Dans cette thèse, nous utiliserons indifféremment les termes de pair, pair-aidant, et travailleur pair. Le terme de Médiateur de Santé Pair (MSP) renvoie à un titre obtenu par validation d'un diplôme.

² <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>

Au niveau collectif, il s'agit d'une pratique émergente chez les soignants en psychiatrie, impliquant un changement de posture thérapeutique favorisant l'horizontalité et l'accompagnement holistique du patient.

II) Historique

Au Royaume-Uni des groupes de patients se constituent dès le XIXe siècle : on peut citer la *Alleged Lunatics' Friends Society*, puis au XXe siècle les *Survivors Speak Out*, les *United Kingdom Advocacy Group*. Ces organisations étaient fondées sur une défense des droits des patients, une source informelle de soutien par les pairs, et faisait partie de leurs activités quotidiennes. (Association of Mental Health Providers, 2017).

Le courant du rétablissement prend racine dans un mouvement social plus étendu dès les années 1970, aux Etats Unis, concernant les revendications de minorités : afros américains, usagers atteints du VIH, homosexuels... On peut également citer le célèbre cercle des *Alcooliques Anonymes* dès les années 1930, premier groupe d'entraide reconnu par les autorités sanitaires, ou encore le *Clubhouse*, une association créée par des usagers de la psychiatrie à New York vers 1940, ayant pour but la resocialisation et la réinsertion professionnelle.

The National Association of State Mental Health Program Directors finance pour la première fois un programme d'embauche de pairs-aidants ou "peer support worker" en 1989. (Cardinal and al., 2013)

En France, la participation des usagers est retrouvée dans les pratiques novatrices du Dr Pinel à l'hôpital Bicêtre au XVIIIe siècle. Son intendant, Jean-Baptiste Pussin, avait lui-même résidé comme patient à l'hôpital pendant plusieurs années, et engageait préférentiellement d'anciens malades car il les considérait " plus honnêtes, gentils et humains ", permettant un moindre recours à la violence et aux contentions. (Davidson, 2012) Les asiles psychiatriques français ont poursuivi cette pratique en confiant à certains patients des missions de soins auxiliaires. Le mouvement de désinstitutionnalisation au milieu du XXe siècle entraînera l'arrêt de ces pratiques, remettant les professionnels de santé comme seuls dispensateurs de soin. (Franck, 2020, chapitre 10)

Comme aux Etats Unis, ce sont les mouvements de groupes minoritaires, dans les années 1990 qui poussent à l'émergence de l'entraide entre pairs, réunis sous forme d'associations comme la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) créée en 1992. Elle mène des actions auprès des patients, des associations existantes et des ministères dans le but d'aider et de défendre les droits des patients en psychiatrie.

La loi du 04/03/2002 a été promulguée pour améliorer les droits des patients, mieux répondre aux attentes des malades et préciser le rôle des soignants. Elle a été élaborée après consultation des associations de patients. (Cardin, 2014)

L'introduction du terme de pair-aidance dans le champ de la santé mentale fait suite à la circulaire fondatrice du 29/08/2005 (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »).

Cette loi a permis la création des GEM (Groupes d'entraide mutuels) qui sont des groupes de soutien pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Ce sont des groupes non médicalisés animés par des usagers. La pair-aidance en santé mentale s'est développée de manière bénévole, dans les GEM depuis 2005, puis dans les Clubhouses français depuis 2011. (Libert, 2019)

Le premier emploi rémunéré est créé en 2010 : Herman Handluter est le premier pair-aidant salarié embauché dans le service du Dr Girard, dans un hôpital psychiatrique à Marseille.

Les pairs-aidants sont nombreux dans le cadre associatif ; la professionnalisation du statut de pair-aidant n'a été questionnée que tardivement.

En 2006, le Dr Patrick Le Cardinal, un médecin travaillant au Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) de Lille, propose à son retour du Québec de travailler sur un projet de pair-aidance en France.

Ainsi commence l'expérimentation des médiateurs de santé pairs (MSP) soutenue par l'Agence régionale de santé (ARS). Trois régions ont participé à cette expérience innovante : l'Île de France, le Nord Pas de Calais et la Provence Alpes Côte d'Azur. Vingt-neuf usagers ou anciens usagers ont été embauchés dans les quinze établissements volontaires. Une formation professionnalisante théorique et pratique est proposée : elle permet l'accès au statut professionnel de MSP, l'obtention d'un diplôme universitaire et la possibilité d'un emploi hospitalier. L'expérimentation s'est déroulée de 2012 à 2014 ; en 2016, quatorze MSP étaient toujours en activité. (Maugiron, 2016).

Il existe un intérêt croissant des instances de santé pour la pair-aidance. Le plan de Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 vient souligner l'intérêt de la pair-aidance dans les soins psychiatriques.³

La feuille de route "Santé Mentale et Psychiatrie", du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP) du 28 juin 2018, vient valider l'efficacité de la pair-aidance et propose plusieurs axes de travail notamment "explorer des modalités de déploiement de médiateurs pairs adaptées au champ médico-social" (Bertaud, 2021).

³<https://www.solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/pla-n-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>.

En 2021, l'ARS en Ile de France poursuit ses actions de promotions concernant : "le déploiement de la pair-aidance en santé mentale, avec l'aide au financement et au recrutement de Médiateurs de Santé-Pairs (MSP) au sein de services hospitaliers de psychiatrie adulte et d'établissements médico-sociaux".

III) La formation

Depuis l'expérience du CCOMS, il existe un statut de pair-aidant professionnel. Récemment en France, il existait environ 180 pairs-aidants professionnels en santé mentale, sous différents statuts et appellations. (Niard and Franck, 2020) Plusieurs modalités de formations existent, certaines validées par des diplômes. Les deux principaux diplômes sont les suivants :

- *Une Licence générale Science Sanitaire et Sociale* parcours Médiateur de Santé-Pair portée par le CCOMS et l'Université de Bobigny - Laboratoire Éducatifs et Pratiques de santé, qui remplace depuis 2018 le DU créé par l'Université de Paris VIII pour le programme MSP.
- *Un Diplôme Universitaire " pair-aidance",* Co-porté par le centre ressource de réhabilitation psychosociale et l'Université de Lyon. Cette formation a lieu en 2021 pour la troisième année consécutive. "Elle est destinée à former des pairs-aidants qui favorisent l'engagement dans les soins des personnes ayant des troubles psychiques sévères ou des troubles du spectre de l'autisme, grâce à des actions motivationnelles et psychoéducatives. Par leur partage d'expérience ils contribueront également à la modernisation des pratiques." ⁴

Ces formations apportent des connaissances sur le fonctionnement du système de santé et sur les maladies. Elles sont un lieu de rencontre entre pairs-aidants. Par le partage des différents savoirs expérientiels, ils peuvent affiner leur approche thérapeutique, valider quels savoirs sont utiles à transmettre au patient.

Une association francophone des médiateurs de santé pair existe : <https://www.afmsp.fr/>.

D'autres formations sont courtes et basées sur un modèle d'apprentissage sur le terrain. Ces dernières sont particulièrement présentes dans les pays anglo-saxons, où la culture valorise l'expérience de terrain. En France, les mentalités sont plutôt en faveur d'une reconnaissance professionnelle en lien avec l'obtention d'un diplôme. La création de ces formations diplômantes

⁴ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/formations-194>

vient répondre à ce besoin de validation d'un cursus pour être reconnu par les autres corps professionnels. (Troisoeufs, 2020)

IV) Les missions

Du fait de la variété des parcours, des formations et des structures où évoluent les pairs-aidants, leurs missions peuvent être variées :

- éducation thérapeutique du patient
- sensibilisation aux pratiques orientées rétablissement
- entretiens individuels, groupes de parole, médiations
- élaboration de plan de crise, de directives anticipées incitatives en psychiatrie, plans de rétablissement
- soutien aux démarches administratives, accompagnement dans la vie quotidienne et sociale, soutien de reprise à l'emploi
- enseignement, recherche...

Le pair-aidant permet de favoriser l'alliance thérapeutique, la déstigmatisation, de stimuler l'espoir et l'empowerment (le pouvoir d'agir). Il promeut des pratiques orientées rétablissement centrées sur les besoins des patients, et défend les droits des usagers. "Par sa simple présence, il suscite l'espoir... c'est l'espoir qui est le catalyseur du rétablissement". (Maugiron and Cloutier, 2016) Il utilise son expérience vécue pour aider les usagers : c'est le savoir expérientiel. Pour avoir une portée collective, les échanges entre pairs sont précieux, permettant de valider et d'élargir les savoirs. (Mead, 2004)

Les pairs-aidants professionnels sont présents dans différentes structures de soins, du domaine médico-social et sanitaire : Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) , service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), établissement et service d'aide par le travail (ESAT), foyer de vie, maison des usagers, centre de réhabilitation psychosociale, centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour, services intra hospitaliers, centres experts, équipe mobile de santé mentale ; ils sont également présents au sein de programmes tels Un chez soi d'abord, Working First... (Franck, 2020, chapitre 10) La pair-aidance en ligne via internet se développe également pour toucher un plus grand nombre de personnes. (Shalaby and Agyapong, 2020)

V) Données de la littérature

Cervello et Bulinge ont réalisé deux revues de la littérature concernant l'efficacité de l'intervention des pairs-aidants en France et au Royaume Uni. (Franck, 2020, chapitre 8)

Concernant les résultats de la littérature dite "qualitative", les usagers ont identifié un accroissement de leur réseau social et un sentiment accru de bien-être, d'après une méta-synthèse de 27 études. D'autres bénéfices sont fréquemment nommés : sentiment d'espoir, déstigmatisation, compréhension, accessibilité, non jugement... (Walker et Bryant, 2013)

Concernant les pairs eux-mêmes, ils soulignent souvent les bénéfices du métier, qui leur apporte une amélioration de leur bien être et un renforcement de leur propre rétablissement.

Il est prouvé que le soutien par les pairs profite non seulement à la personne qui reçoit du soutien, mais également au pair-aidant et au service dans lequel il travaille (Repper and Carter, 2010).

La majorité des études avec une méthodologie quantitative retrouvent une tendance à la diminution du taux de réhospitalisations, et une meilleure réinsertion dans la communauté chez les patients engagés dans un programme de soutien par les pairs comparé aux soins classiques (Repper et Carter, 2011). Une amélioration des scores d'empowerment (pouvoir d'agir) et d'estime de soi est retrouvée fréquemment. C'est également la qualité de la rencontre avec le pair-aidant qui est soulignée, par ses capacités d'empathie et de mise en place d'une relation d'égal à égal accroissant le sentiment d'acceptation.

Des études indiquent que le soutien par les pairs peut être une stratégie de diminution des dépenses de santé. (Gagne, 2018)

Les données de la littérature sont encore assez limitées et de qualité variable, appelant à de nouvelles études, avec une méthodologie plus stricte (randomisation, double aveugle, échelles standardisées, description claire du rôle du pair-aidant...) (Franck, 2020 ; Otte and al., 2020 ; Beck and al., 2021)

VI) Les caractéristiques du pair-aidant

Un socle commun de valeurs définit les pairs-aidants dans leur approche. La Mental Health Commission of Canada s'y est intéressée. Après examen de la littérature et entretiens avec des pairs-aidants, les valeurs principales retrouvées sont :

- l'autodétermination et l'égalité;

- la mutualité et l'empathie;
- le rétablissement et l'espoir.

Sunderland and al. proposent une liste de compétences attendues chez le travailleur pair (Sunderland and al., 2013) :

- une expérience vécue : avoir vécu l'expérience du rétablissement, avoir un espoir fort dans la capacité de rétablissement, un engagement personnel dans des soins pour maintenir son bien être personnel, une capacité à reconnaître ses propres facteurs déstabilisants et une capacité à demander de l'aide ou à prendre des mesures pour travailler au rétablissement, avoir la capacité d'utiliser son expérience vécue pour aider des pairs;
- des capacités de communication : empathie, intérêt, absence de jugement, favoriser l'autodétermination, encourager la co-création plutôt que des stratégies fixes, savoir quand partager son savoir expérientiel tout en gardant l'accent sur le patient et sa situation;
- développer une pensée critique : développer des compétences relationnelles pour accéder à des préoccupations, des besoins difficiles à exprimer pour les usagers, savoir détecter et travailler en situation de crise;
- travail en équipe et collaboration : connaître le réseau de soins de santé mentale, comprendre le domaine de responsabilité et d'expertise des professionnels de santé, savoir prendre des initiatives, partager son point de vue, vouloir apprendre des autres;
- une éthique : veiller à la sécurité émotionnelle et physique du patient, maintien d'interactions appropriées (jamais de relations intimes) visant à promouvoir la sécurité et le rétablissement du patient, respect et croyance dans les valeurs de la pratique, accès à la formation continue.

Pour Baptiste Godrie, (Godrie, 2014) le savoir expérientiel des pairs-aidants en santé mentale recouvre plusieurs dimensions :

- l'expérience des symptômes de la maladie, de la souffrance, de l'angoisse, de la perte d'envie de vivre...etc (par opposition à "l'idée" que peut s'en faire une personne qui en reçoit le témoignage);
- le vécu de la trajectoire de soins : diagnostic d'un trouble psychiatrique, utilisation de médication, expérimentation d'effets secondaires, hospitalisation volontaire ou sous contrainte, avec ou sans mesure d'isolement et de contention;
- le recours aux services associatifs : groupes d'entraide, banques alimentaires, hébergement d'urgence;

- le vécu des troubles connexes : addictions, perte d'emploi, précarité résidentielle;
- l'expérience de la stigmatisation;
- l'expérience du processus de rétablissement.

Certains questionnements ont émergé pour savoir comment le savoir expérientiel qui est une expérience propre à un individu peut être approprié pour d'autres ? Le savoir expérientiel n'est pas une "*compilation des expériences de vie*" mais bien une expérimentation dans des situations répétées de règles d'action permettant un mieux être. Ces savoirs sont enrichis par des échanges avec d'autres pairs (à l'occasion des hospitalisations, des groupes de pairs, des formations diplômantes...). Ces partages d'expériences permettent de "*valider, d'approfondir ou de remettre en perspective leurs propres cheminements*" (Godrie), de gagner en assurance, et de diminuer le risque de faire leur expérience vécue comme une norme et de l'appliquer tel quel pour les patients. Le but de l'accompagnement du pair est bien d'aider les patients à trouver leurs propres outils de rétablissement, en se basant sur l'exemplarité, qui n'est en rien une norme absolue.

Témoigner de son parcours de santé permet non seulement d'inspirer les patients, mais aussi de favoriser le rétablissement du pair, favorisant la construction d'une nouvelle identité, une reprise de contrôle, offrant un espace de revendication, une mise en sens de la maladie par le partage d'expérience. Un certain recul vis-à-vis de son parcours de vie est nécessaire pour se servir de son expérience avec les usagers. (Franck, 2020, chapitre 2) Le savoir du pair-aidant évolue au cours du temps : la rencontre avec les professionnels de santé permet un enrichissement (outils cliniques, connaissances théoriques...) ce que Godrie nomme "*l'hybridation des savoir*". (Godrie, 2014)

PARTIE B : ETUDE QUALITATIVE

I) Introduction

De nombreux pays tendent à développer la pair-aidance en santé mentale (Scott and al., 2011), en l'intégrant dans leur politique de santé. On peut citer le Canada (Sunderland, 2013), notamment au Québec, avec le programme PAR (pair-aidant Réseau) d'aide "à l'embauche et à l'intégration de pairs-aidants dans les services de santé mentale" , l'Angleterre (Gillard and al., 2014), les Etats Unis, la Nouvelle Zélande, l'Europe. (Mental Health Europe, 2021 ; Otte and al., 2020).

Les données de la littérature s'accordent sur une efficacité de la pair-aidance concernant la réduction du nombre et du temps d'hospitalisation des patients, ainsi que sur l'amélioration de la qualité de vie et l'appui au rétablissement. (Repper et Carter, 2011 ; Walker et Bryant, 2013)

Les pairs-aidants sont investis dans l'accompagnement de la crise psychiatrique dans diverses structures : des centres d'appel, des centres de crises (uniquement tenus par des pairs), aux urgences psychiatriques, en équipe mobile, en hospitalisation, et également dans le milieu pénitentiaire. On tend aujourd'hui vers une intégration et une appropriation par les pairs-aidants de la clinique de l'aigu jusque-là "réservée" aux soignants. (Troisoeufs, 2020)

En France, la pair-aidance est encouragée par la politique de santé publique. (Niard et Franck, 2020 ; Bertaud, 2021). Les pairs-aidants sont de plus en plus amenés à travailler avec des équipes de soins, notamment grâce à la professionnalisation du statut (Demailly, 2014). La place de la pair-aidance dans les soins de crise psychiatrique est encore relativement modeste : en hospitalisation, en équipe mobile. (Launay, 2017)

La crise est un moment particulier : des enjeux d'alliance, diagnostiques, thérapeutiques, et de réinsertion sociale se posent. L'hospitalisation sous contrainte, et parfois les mesures d'isolement et de contention entrent en conflit avec la volonté du patient. Les pairs-aidants sont pressentis comme étant un pont secourable pour mieux se centrer sur les besoins du patient, et entretenir l'approche basée sur le rétablissement. Que pensent les équipes de soins de ce nouveau rôle ? Quelle place peut prendre l'intervention d'un pair-aidant dans une unité de crise ? Quels besoins peuvent émerger ? Quels freins peuvent être mis en évidence ?

II) Matériel et méthode

Pour cette étude, une approche qualitative a été privilégiée.⁵ (Pellaccia, 2010) L'objectif est de saisir l'opinion de tous les corps de métier soignants d'un service intra hospitalier afin d'en tirer une vision globale sur la question de l'intégration d'un pair-aidant à l'équipe de soin en service fermé. D'après Mays et Pope, « *Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels plutôt qu'expérimentaux, en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants.* »

Un protocole de recherche est rédigé. (Cf Annexes).

Population étudiée :

Notre échantillon avait ciblé comme population d'étude les personnels soignants exerçant au moment de l'étude dans le service fermé d'un service de psychiatrie du CHU de Nantes et acceptant de participer à l'étude. Il pouvait s'agir de tout professionnel de santé : infirmier, psychologue, médecin, interne, aide soignant...

1) Déroulé de l'étude

L'étude s'est déroulée dans une unité d'hospitalisation fermée du CHU de Nantes au sein d'un service visant une dynamique de soins orientée rétablissement. Le recueil des données s'est déroulé sur deux temps distincts :

- lors d'une formation de sensibilisation à la pair-aidance, faisant partie d'un cycle de formation au rétablissement, organisé par le centre de réhabilitation psychosocial du CHU de Nantes (CRESERC)

Le recueil de données s'est fait sur le temps de la réunion, par une prise de notes sur les réactions des différents participants et la dynamique de groupe, et via un enregistrement vocal avec l'accord des participants. Une grille d'observation a été écrite en amont (cf Annexes), construite avec l'aide d'un sociologue.

- lors d'entretiens individuels semi directifs sur volontariat auprès des soignants de l'unité de soins.

Plusieurs étapes ont été nécessaires :

⁵ Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative, Université de Nice
<https://www.nice.cnge.fr> > IMG > pdf > GMTQuali ; <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/quali>

- Déplacement dans l'unité pour présenter le projet de thèse aux soignants.
- Communication par une affiche dans la salle de soin et par mail pour expliquer la démarche de la thèse et la proposition d'entretiens individuels.
- Déplacement dans le service toutes les 1 à 3 semaines pendant 4 mois, avec proposition d'entretiens individuels aux soignants présents, avec inclusion sur volontariat.

Les entretiens se sont déroulés dans une salle d'entretien du service. Avec l'accord des participants, un enregistrement audio a été réalisé et conservé sur un fichier audio avec mot de passe sécurisé. La retranscription a été réalisée manuellement sans support de logiciel. Les enregistrements ont été détruits une fois retranscrits.

Les thématiques suivantes ont été abordées : la définition de la pair-aidance ; les leviers à la mise en place de la pair-aidance en unité fermée ainsi que ses freins ; les besoins de l'équipe en termes d'information sur la pair-aidance ; les modalités pratiques de mise en place (ciblés sur les besoins de l'équipe). Une grille d'entretien semi-dirigé a été réalisée (cf Annexes), construite avec l'aide d'un sociologue.

2) Ethique

Un formulaire d'information et de consentement écrit a été délivré et signé par tous les participants, décrivant les objectifs de l'étude, l'anonymisation des données, et la possibilité de retrait de l'étude à tout moment.

3) Analyse des données

Tous les entretiens individuels ainsi que la formation ont été retranscrits en intégralité sur un logiciel texte. Le découpage, l'analyse et la catégorisation des verbatims ont été réalisés selon une procédure qualitative. Les relectures de l'investigatrice ont permis de faire émerger des thématiques communes parmi les différentes questions abordées.

III) Résultats

1) Formation

Sept soignants (quatre infirmiers, un médecin, un psychologue, un cadre) et un patient de l'unité ont participé à la formation. Ils étaient encadrés par deux soignants formateurs et un pair-aidant bénévole.

2) Entretiens individuels

12 entretiens ont été menés, dont un en binôme avec un infirmier et un élève infirmier.

Tous les corps de métiers travaillant dans le service ont été sollicités (psychologue, médecins, infirmiers, ASH, interne en psychiatrie, assistante sociale). Seul le métier d'assistant social n'a pu être représenté.

Concernant les caractéristiques de la population :

Genre	<ul style="list-style-type: none">- 9 femmes- 4 hommes
Âge	<ul style="list-style-type: none">- < 35 ans : 5 personnes- 35-50 ans : 6 personnes- > 50 ans : 2 personnes
Métiers	<ul style="list-style-type: none">- 1 psychologue- 3 médecins- 1 interne- 1 agent de service hospitalier (ASH)- 1 étudiant infirmier- 1 cadre- 5 infirmiers
Années d'expérience professionnelle en psychiatrie	<ul style="list-style-type: none">- < 5 ans : 4 personnes- 5-10 ans : 3 personnes- > 10 ans : 6 personnes
Expérience de travail avec les pairs-aidants	<ul style="list-style-type: none">- pas d'expérience : 7 personnes- expérience ponctuelle : 4 personnes- expérience de travail : 2 personnes

Deux soignants avaient une expérience de travail avec les travailleurs pairs ; quatre avaient travaillé ponctuellement avec un MSP, et sept n'avaient jamais travaillé avec un MSP. Deux soignants interrogés ne connaissaient pas la notion de pair-aidance. (étudiant infirmier et ASH)

IV) Analyse

Le contenu des opinions émises lors de la formation et des entretiens est intégré ci dessous :

THEMATIQUES ABORDEES	
<p>DÉFINITION de la pair-aidance selon les soignants</p>	
<p>Les LEVIERS perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée</p>	<p>Pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la qualité relationnelle du pair-aidant - un exemple de rétablissement, d'espoir - un savoir expérientiel - un pont vers le soin - un rôle dégagé des enjeux soignants - une aide à la réinsertion sociale - une aide à la déstigmatisation <p>Pour les soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - favoriser la compréhension des soignants via le savoir expérientiel - une aide à la réflexion clinique - changer sa posture soignante en utilisant les concepts du rétablissement - améliorer les relations interprofessionnelles
<p>Les FREINS perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - l'unité fermée : un milieu trop dur - des difficultés d'intégration - une concurrence vis à vis des soignants - le cadre de travail du pair-aidant - un emploi du temps flexible - la question du secret médical - une absence de besoin identifié - des effets négatifs sur le patient - le refus du patient - le manque de temps

Les modalités d' ORGANISATION du poste et d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - le profil du pair-aidant - la temporalité - l'indication de l'intervention - les modalités d'intervention avec les patients - les modalités d'intervention avec les soignants
Les OUTILS D'UNE INTÉGRATION réussie	<ul style="list-style-type: none"> - des informations sur la pair-aidance - une sensibilisation de l'équipe au rétablissement - penser le cadre de l'intervention en amont - une rencontre au préalable avec l'équipe - des temps de supervision - s'interroger sur les besoins du pair-aidant - pratiquer

1) Définition de la pair-aidance selon les soignants

La majorité des soignants définissent un pair-aidant par la présence d'une certaine expérience des troubles, ainsi qu'une stabilisation de leur état de santé : "(...) avoir une bonne critique de leurs troubles. Si je me souviens bien ce n'était pas chez des patients qui en étaient à leur premier épisode, ils avaient déjà une expérience de leurs troubles, avaient déjà faits des épisodes avant. " E-I-INF1 ; "(...)qui est plutôt en phase stable pour qu'il puisse intervenir. " E-I-INF5 ; "(...) qui ont un véritable insight, qui arrivent à décrire avec beaucoup de vocabulaire leur crise" E-I-INF2

Le pair-aidant est reconnu pour avoir des capacités d'analyse et de réflexion méta-cognitive leur permettant de transmettre les clés et outils de leur rétablissement:

"Des gens qui ont une expérience dans la maladie psychiatrique dans un parcours de soins voire d'hospitalisation qui sont stabilisés, qui ont un bon insight, une bonne connaissance de leur maladie, qui ont bossé dessus donc vont connaître leurs prodromes, les facteurs stabilisants, et j'imagine qu'ils ont envie de partager leur propre expérience avec les soignants, et améliorer les choses par retour d'expériences. "E-I-INF3; "(...) comment se stabiliser, retrouver un rythme de vie à peu près normal de manière durable." E-I-INF1

Comme partie intégrante de l'identité du pair-aidant, la notion de soutien, d'appui est évoquée : " un fil conducteur, d'Ariane, quelqu'un à qui on peut se référer dans des moments de doute, où on se questionne sur son parcours. "E-I-PSYCHO1

En résumé, du point de vue de ces soignants, le pair-aidant serait une personne présentant des troubles psychiques stabilisés, un bon insight, une expérience de la maladie et des facteurs stabilisants. Il faudrait qu'il démontre des qualités relationnelles, une envie de partage et d'intégration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

La question du parcours de formation a été questionnée lors des entretiens (E-I-PSYCHO1, E-I-INF2, E-I-MED4).

Deux personnes interrogées (E-I-INF1, E-I-ASH1) ne connaissaient pas le concept de la pair-aidance. Le rôle a pu être défini comme "flou" par trois autres personnes (E-I-PSYCHO1, E-I-INF3, E-I-MED3). "Son rôle, c'est un grand flou pour moi (...) je sais ce qu'il peut nous apporter mais je ne sais pas comment" E-I-INF3.

La question de la place au sein de l'équipe que pourrait occuper le pair-aidant est également différente en fonction des soignants, il en ressort qu'il serait perçu comme un collègue, appartenant à l'équipe pluriprofessionnelle mais pas en qualité de soignant.

- "pour moi c'est un collègue" E-I-INF2 E-I-INF3
- "ce n'est pas un soignant" E-I-INF4
- "le pair-aidant fait partie de l'équipe soignante mais il présente un autre statut (...) ce n'est pas un soignant" E-I-MED1
- "ce sont des professionnels certes mais avec une certaine fragilité" E-I-INF6
- "garder des espaces distincts pour que le pair-aidant ne soit pas un soignant" E-I-MED3

2) Les leviers perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée

Les personnes interrogées ont perçu des bénéfices pour les patients .

- La qualité relationnelle du pair-aidant

Du fait de la similitude des parcours entre patients et pairs-aidants, la relation est qualifiée : de rassurante, aidante (E-I-MED1).

Il est imaginé une compréhension du vécu E-I-MED4; une entraide mutuelle E-I-PSYCHO1, "est ce que cela ne pourrait pas l'aider à se dire (...) qu'il n'est pas tout seul ? Il y en a certains qui le pensent." E-I-INF1. "ça peut être quelqu'un extrêmement ressource" E-I-PSYCHO1

Des qualités notables sont décrites comme caractérisant le pair : la bienveillance, la facilité de contact et d'échange, E-I-PSYCHO1, la juste empathie E-I-INF5

- **Un exemple de rétablissement, d'espoir**

Un infirmier et un ASH soulignent l'espoir que peut faire naître le pair du fait de son parcours :

“Ouvrir d'autres possibles. En unité de crise on a des patients qui viennent souvent et qui se retrouvent souvent les uns avec les autres et qui ont cette perception de la maladie qui n'avance pas et que ce n'est pas possible d'être guéri.(...)Et la pair-aidance ce serait montrer qu'il y a des patients qui sortent de la boucle.” E-I-INF2

“Donner confiance oui car il y en a plein ici qui croient que la vie se termine là dans ce service (...)” E-I-ASH1

- **Un savoir expérientiel**

Trois infirmiers évoquent l'impact et la légitimité du témoignage du pair, pouvant permettre au patient de s'identifier : “quand vous faites passer un message ce n'est pas perçu avec le même impact ce n'est pas la même écoute (...) le pair-aidant parle de son expérience les gens s'identifient, se questionnent; ça “*proresse*” ; je trouve que c'est hyper précieux” (E-F-INF)

“ils ont vraiment une légitimité (...) Quand tu es patient et que quelqu'un te parle de maladie de traitement d'effets secondaires, de chronicité, ça a encore plus de valeur quand c'est quelqu'un qui a vécu la même chose. Pour moi ça a beaucoup de valeur.” E-I-INF5

Un médecin évoque une “meilleure identification “ E-I-MED3

- **Un pont vers le soin**

Chez les patients hospitalisés sous contrainte, l'enjeu de l'alliance, de l'adhésion aux soins est importante ; le pair-aidant est envisagé comme un meilleur interlocuteur que les soignants :

“les messages passent bien en transversal (...)” E-I-MED1

“d'avoir un truc du côté du même d'un parcours où on retrouve des similitudes, ça peut être moins persécutant (...)” E-I-PSYCHO1

L'adhésion aux traitements est évoquée par deux infirmiers, “est ce que cela ne pourrait pas l'aider à se dire qu'il a besoin d'un traitement ?” E-I-INF1, tandis que l'ancrage dans des soins durables est évoqué par deux médecins et un infirmier : “pour moi ça permettrait d'emmener ces patients, après un premier épisode, vers l'ETP (éducation thérapeutique)” E-I-INF2 ; “plus la prise en charge est acceptée précocement, meilleur sera le devenir (...)” E-I-MED1

L'intervention du pair-aidant est également envisagée face à un moment de tension entre le patient et le médecin : "pour débloquer la situation et aider à faire accepter la condition du patient"

E-I-MED3

- **Un rôle dégagé des enjeux soignants**

Deux infirmiers envisagent que la parole soit plus libre avec le pair-aidant de part l'horizontalité de la relation: "Les patients ont plus de facilité à se livrer à dire des choses sur leur ressenti sur la contrainte, l'hospitalisation, l'enfermement, comment ils l'ont vécu." E-I-INF1

"(...) parfois la parole n'est pas libre pour le patient, car il se dit qu'en fonction de ce qu'il dit son contrat va s'ouvrir ou se refermer qu'il va rester plus longtemps, dès fois ils nous disent "je ne veux pas vous dire ça car sinon vous allez me garder"... peut être qu'avec le pair-aidant ça laisserait plus de possibilité d'exprimer des choses , qu'ils ne disent pas avec nous." E-I-INF2

Des "(...)enjeux de pouvoir autour de la question des contraintes (...) " et une "relation pas toujours équilibrée" sont abordés par un médecin et un interne.

"L'intérêt de la pair-aidance est d'autant plus important pour garder un lien avec le patient lors des crises patient/médecin" E-I-MED4

- **Une aide à la réinsertion sociale**

La question de l'aide à la réinsertion sociale est abordée très brièvement par une psychologue comme "une ouverture sur l'extérieur" "dans le champ social, culturel, associatif, dans le champ de la réinsertion ?" E-I-PSYCHO1 Un infirmier cadre propose de "travailler avec les familles". E-I-INF6

- **Une aide à la déstigmatisation**

Un médecin ayant une expérience de travail avec les pairs parle de "raccourcir la distance entre patient et soignant"

"Être au plus près de la réalité des patients. Dans la vision des pair-aidants, on quitte le référentiel de la maladie, des cases et je me dis que suivre un patient qui est en intra et créer du lien c'est peut être ce qui peut avoir le plus de sens." E-I-MED2

Des bénéfiques ont également été cités pour les soignants :

- **Favoriser la compréhension des soignants via le savoir expérientiel**

Certains soignants décrivent l'intérêt qu'ils ont pour le témoignage des expériences de patients :

"ça sera enrichissant d'avoir quelqu'un qui a sa propre expertise de part son vécu de la maladie ou des troubles, et également de son parcours, de son vécu des médicaments, des soins qu'il a pu avoir.

"E-I-INF3

“augmenter un potentiel de compréhension et d’écoute autour du monde des patients” E-I-MED2

“Nous apprenons leur maladie alors que les patients et du coup les pair-aidants la vivent.(...)”

E-I-MED4

- **Une aide à la réflexion clinique**

Une infirmière pense que les pairs-aidants pourraient avoir une “(...) tout autre vision de la maladie et des soins, (...) de nouvelles idées , avoir un retour d’expérience constructif, ce qui pourrait nous aiguiller sur comment accompagner notamment dans la crise (...)” E-I-INF3

La présence d’un pair-aidant pourrait permettre de favoriser des temps de réflexion de pratique “des idées avec lesquelles on pourrait être évidemment d’accord mais qu’on ne peut pas appliquer au quotidien. Je pense que des temps de parole comme ça permettraient d’équilibrer tout ça et sans être défensif et de côté.” E-I-INF4

Deux soignants en ayant déjà fait l’expérience parlent de l’apport de la vision d’un pair-aidant en réunion :

“Dans un cadre sécurisé au même titre que de l’analyse de pratique, ça pourrait renforcer les liens, être un temps de prise de conscience, de feedback sur sa façon de travailler.” E-I-INF6

“Changer la façon dont nous organisons les réunions médicales, avec finalement un rôle de supervision ”(...)“un travail méta du pair-aidant en soutien des équipes” E-I-MED2

- **Changer sa posture soignante en utilisant les concepts du rétablissement**

Deux soignants ayant l’expérience d’un travail prolongé avec les pairs disent que cela a fait évoluer leur posture :

“être amené à réfléchir sur la façon de travailler, d’écouter, de communiquer” E-I-MED2

“prendre en compte ses connaissances, son savoir, son expérience (...) posture plus horizontale, une posture de partage, je trouve ça plus constructif, plus bienveillant et avec plein d’avantages.” E-I-INF6

“se questionner sur les pratiques, moins chercher à soi-même trouver les solutions mais aider les patients à les trouver.” E-I-INF6

Ils ont réfléchi à l’apport que cela peut avoir pour une équipe :

“amener les équipes à réfléchir un petit peu différemment sur leurs manières de travailler”

E-I-MED2

“sur de l’accompagnement autour d’outils, les plans de crise, les directives anticipées, identifier ses émotions, les techniques de Communication Non Violente, je l’envisage complètement.” E-I-INF6

- **Améliorer les relations interprofessionnelles**

Ces deux mêmes soignants témoignent de “ l’intérêt possible dans une dynamique d’équipe “ via une “ horizontalité”, “un peu plus d’humanité” dans les relations interprofessionnelles. “La vulnérabilité ça se parle” E-I-INF6 et E-I-MED2

La Communication Non Violente, un outil proposé par la pair-aidante du CRESERC est cité comme très aidant dans le cadre relationnel.

3) Les freins perçus au travail collaboratif avec les pairs-aidants en unité fermée

- **L’unité fermée : un milieu trop dur**

La vulnérabilité du pair-aidant est la crainte principale pour les soignants. Neuf d’entre eux l’évoquent. L’unité fermée, lieu de soins de la crise psychiatrique, renforce cette inquiétude de mettre en difficulté le pair-aidant :

“se retrouver face à des personnes décompensées même si on est soi même stabilisé qu’est ce que ça peut renvoyer ?” E-I-PSYCHO1

“l’intra c’est le plus dur et du coup commencer par ça c’est très risqué pour le pair-aidant” E-I-MED2

Cela vient questionner les soignants sur la temporalité de la rencontre pair/patient et la pertinence de l’intervention dans le contexte de la crise:

“je ne trouvais pas ça forcément judicieux, en tout cas pas dans un moment de crise comme on peut connaître dans ce type d’unité” E-I-PSYCHO1

“je pense que ce serait plus simple avec des patients déjà stabilisés (...) peut être pas dans les moments de crise” E-I-INF1

“il est bien évident qu’on ne peut pas faire intervenir la pair-aidance sur des patients qui sont en pleine crise aiguë “(...) E-I-MED1

“en intra je pense que ce n’est pas simple (...) contexte particulièrement exposé en terme d’intensité émotionnelle” E-I-MED2

Certains soignants proposent par conséquent des préconisations :

“dans la pratique je ferai dans tous les cas commencer les pairs-aidants en unité ouverte ou en ambulatoire” E-I-MED2

“il y a quand même cette fragilité qu’il ne faut pas perdre de vue, pas comme avec des patients mais comme avec des collègues, peut être un peu plus” E-I-INF2

“il faut rester vigilant (...) attentifs” E-I-MED1

- Des difficultés d'intégration

Certains soignants anticipent une réaction négative d'autres soignants face au changement :

"d'avoir par réflexe une attitude assez défensive (...) ne pas créer le lien" E-I-INF3

"ça peut faire peur notamment à travers la remise en réflexion de certaines pratiques" E-I-MED2

"ça dépend de l'ouverture d'esprit de l'équipe et de comment c'est accompagné (...) il y a encore des professionnels qui ont une représentation négative (...) ça peut être compliqué de gérer la situation où un ou plusieurs collègues au sein de l'équipe n'acceptent pas ce mode de fonctionnement" E-I-INF6 "mettre la personne à l'écart, ne pas la solliciter" E-I-INF6

C'est aussi la crainte de se confronter à des postures, propos, critiques vis à vis des soins psychiatriques: "avoir quelqu'un qui aurait une mauvaise expérience et qui pourrait avoir un combat assez agressif (...) vision assez négative des soignants (...) attaquant dans ses propos (...) renvoyer des choses difficiles (...) se sentir accusé, de devoir justifier ses choix" E-I-INF3

"peurs irrationnelles d'être jugé ou que le pair-aidant ait des a priori sur nous négatifs sans connaître notre métier" E-I-INF4

Les professionnels transmettent leurs interrogations concernant le positionnement à adopter au quotidien avec un travailleur pair :

"si le collègue pair-aidant est complètement déstabilisé comment on va pouvoir continuer de travailler ensemble ? (...) pour ni exclure ni devenir de nouveau soignant" E-I-INF3

"le statut de pair-aidant ça ne doit pas être évident (...) arriver dans un équipe qui a l'habitude (...) comment on trouve chacun sa place" E-I-INF3

"qui décide si un patient est assez stable pour être pair-aidant ? et qui assume en cas de dégradation de décompensation de dire au pair-aidant ça ne va pas (...) tu n'es pas apte à remplir ce rôle là. C'est une responsabilité. Qui la porte ? notamment en psychiatrie où on peut avoir des phénomènes d'anosognosie (...) " E-I-MED3

- Une concurrence vis à vis des soignants

Des réticences peuvent être formulées par les différents corps de métiers, car tous, infirmiers, psychologue et médecin ont parfois la crainte que le pair-aidant ne prenne une partie de leur fonction.

"ça peut provoquer un mouvement de réticence il ne faut pas qu'il vienne sur nos plates bandes." E-I-PSYCHO1

"le travail du pair-aidant ne doit pas prendre la place de celui du médecin" "ne doit pas conseiller le patient et revenir sur les prescriptions du médecin" E-I-MED3

“il peut y avoir des réticences (...) <<ces métiers là vont enlever des postes infirmiers>>, ces fantasmes, pour <<mettre des patients à soigner des patients>> c’est une aberration” E-I-INF6

“ce poste ce n’est pas pour remplacer un soignant , ce n’est pas du tout la même disponibilité le même objectif (...) pour certains soignants ça peut être vu comme un concurrent mais non ça n’a rien à voir “E-I-MED1

- **Le cadre de travail du pair-aidant**

La crainte d’un surinvestissement du pair-aidant vis à vis de ses prises en charge est abordée :

“le côté rester en contact avec le patient après la sortie c’est spécial je trouve ça peut être un peu lourd à porter (...) ponctuellement sur les services de soin pourquoi pas pour la suite je ne sais pas “ E-I-INF5

Des anticipations des soignants vis à vis de la difficulté du pair-aidant à trouver son cadre de travail, son positionnement, la juste distance ont été évoquées :

“le cadre est contrôlé par d’autres personnes, en ouvert ce sont elles qui proposent leur cadre, ce qui serait compliqué en fermé” E-I-MED2

“la question de la réunion soignant/soigné au niveau identitaire ça ne doit pas être évident de se repérer, je me demande s’il n’y a pas des conflits de loyauté qui peuvent apparaître “E-I-MED2

“je trouve étonnant (...) les pairs-aidants soient également patient du même service (...) flou dans le positionnement du pair-aidant” E-I-MED3

“la réunion soignant/soigné (...) ce sont des moments ressources mais qui nécessitent quand même beaucoup de contenance” E-I-PSYCHO1

- **Un emploi du temps flexible**

Certaines personnes ont pu pointer la question de la disponibilité du pair-aidant (emploi du temps, disponibilité psychique) : “qui ne sera pas toujours disponible au moment où on pense qu’il doit être disponible (...) doit aller à sa vitesse (...) il faut faire avec car in fine ça apporte un plus” E-I-MED1

“stabilisation ne veut pas dire tout le temps disponible” E-I-MED1

- **La question du secret médical**

Un médecin s’est questionné sur la teneur de ce que l’on peut partager au pair-aidant, faisant référence au secret médical. E-I-MED3

- **Une absence de besoin identifié**

Certains soignants, (infirmiers, étudiant infirmier et psychologue) viennent questionner la pertinence de l’intervention du pair-aidant : “ça donne un exemple de rétablissement mais il n’y a pas qu’une manière de se rétablir (...) chacun puisse trouver son parcours à lui” E-F-PSYCHO

“si ça se trouve ils n’ont pas le même parcours (...) est ce que ça va vraiment l’aider ou pas ?” E-I-INF1

“il ne faut pas se mettre en difficulté, est ce que le patient est bien réceptif à ce moment là ?”

E-I-INF5

“les pathologies ne correspondaient pas et donc les patients ne s’y étaient pas retrouvés” E-I-INF2

Certains mettant en avant que des moyens alternatifs sont déjà existants :

“j’ai l’impression que ça se fait déjà naturellement entre patients qui se conseillent mutuellement notamment sur des médications” E-I-MED4

“en réunion soignant/soigné (...) ça se discute ils viennent bien témoigner de comment ils font en groupe.” E-F-PSYCHO

- **Des effets négatifs sur le patient**

Des effets négatifs pour le patients peuvent être mis en avant : les soignants craignent que le relationnel des travailleurs pairs ne soit pas ajusté “si le pair-aidant dit une phrase un peu de travers comment notre patient va l’interpréter ? qu’est ce qu’il va se mettre ensuite dans le crâne ?” E-I-INF5

“ loin d’une possibilité de lien à l’autre apaisé, je me dis attention pour le patient et pour le pair-aidant” E-I-PSYCHO1, “manque de canalisation du patient” E-I-INF2

Une infirmière met en avant un autre frein : l’effet potentiellement négatif de la rencontre avec un patient entré dans la chronicité des troubles “je trouve quand on vient de t’annoncer un diagnostic tout de suite être face à tout ça avec quelqu’un qui a 20 ans d’hospit et de passif derrière lui ça peut être un peu effrayant aussi” E-I-INF5

Un médecin pense que le travailleur pair pourrait induire une “dépendance de la part du patient”. E-I-MED3

- **Le refus du patient**

L’anosognosie des troubles psychiques, avec l’anticipation de l’impossibilité de l’identification du patient au parcours du pair est un frein exprimé par 4 soignants.

“pour moi les freins c’est juste ceux du patient qui va refuser l’entretien” E-I-INF1

- **Le manque de temps**

Trois infirmiers dont un cadre décrivent un rythme de travail conséquent en unité fermée, soulignant la difficulté de dédier le temps nécessaire à l’accompagnement du pair.

“les unités fermées c’est un peu la tête dans le guidon c’est un peu le rush” E-I-INF6

4) Les modalités d'organisation du poste et d'intervention

- Le profil du pair-aidant

Quatre infirmiers dont une cadre et une étudiante infirmière se sont questionnés sur la nécessité d'un diagnostic similaire pour intervenir auprès des patients. Il a été envisagé d'embaucher un pair-aidant par "pathologie".

"Est ce que ça veut dire que pour être en posture de pair-aidance auprès des patients il faut partager les mêmes vulnérabilités psychiques ?" E-F-INF

"je ne vois pas un dépressif venir parler à un groupe de schizophrènes. " E-I-INF5

- La temporalité

La temporalité de l'intervention a été abordée par les soignants. Deux soignants se questionnent, tandis que cinq autres soignants pensent qu'un certain "niveau de stabilisation" du patient est requis.

"qu'au niveau de son identité il s'y retrouve." E-I-PSYCHO1

"(...) quand ils commencent à avoir une capacité de compréhension d'écoute de raisonnement"
E-I-INF1

"à se stabiliser, à aller mieux, à s'apaiser et je trouve qu'à un moment donné ils sont accessibles (...)
Dans les 15 jours, 3 semaines, on a tout un travail d'accompagnement à faire et il me semble que là la pair-aidance peut être utile." E-I-MED1

- L'indication de l'intervention

La validation de l'indication par les médecins a été citée plusieurs fois; finalement après un temps de réflexion certains professionnels ont envisagé que ce soit ouvert à tout patient qui le souhaite.

Un infirmier a suggéré que l'information soit par exemple relayée par une affiche dans le service.

De manière quasi systématique, les professionnels soulignent que "C'est le souhait des patients de participer qui est requis. Je pense c'est indispensable" E-I-INF5

Un médecin propose une vision autre : "Je dirais à n'importe quel moment selon la disponibilité du patient. Si on veut une posture un peu décalée, il faut considérer le ou la pair-aidante comme une personne qui pose son cadre." E-I-MED2

- Les modalités d'intervention avec les patients

La présence soignante en entretien avec le pair-aidant est questionnée. Les soignants sont partagés, leur souhait étant dans tous les cas que la relation avec le patient puisse se créer.

"on ne vient pas à l'entretien" E-I-INF1

“on voit s’il y a besoin qu’un soignant soit présent ou pas. Normalement l’idéal c’est qu’il n’y en ait pas, que la rencontre puisse se faire.” E-I-MED1

“Lors d’entretiens individuels (...) Je pense que les infirmiers ne devraient pas être présents pendant l’entretien, ou peut être un premier entretien avec un soignant pour présenter le pair-aidant pour faire le lien il ne faut pas non plus que cela soit un étranger qui arrive comme ça du jour au lendemain pour le patient.” E-I-INF2

Les personnes ont pu évoquer des accompagnements individuels ou groupaux :

“dans un salon, un temps autour d’un café, quelque chose qui tranche avec le côté soignant, convivial. (...) groupe d’échange (...) participent les patients qui en ont envie.” E-I-INF5

“sous la forme d’un café pair-aidant avec 2 pair-aidants (...) un binôme soignant/pair-aidant” E-I-MED2

“sur des temps d’activités si c’est leur demande (...) se voir dans un autre contexte que dans un bureau d’entretien (...) balade (...)” E-I-INF1

“Des médiations, groupes de paroles qui seraient plus ciblés sur la pathologie, sur leurs symptômes (...) un groupe intersectoriel” E-I-INF2

“Une formule rencontre empathique (...) une médiation autour du lien et de l’empathie, et qui soit un pas de côté pour tout le monde avec un binôme soignant-soigné. E-I-MED2

La présence à la réunion soignant-soignés est évoquée par 2 soignants.

Un infirmier envisage d’abord une intégration dans l’équipe soignante via un travail de réflexion clinique avant tout contact avec les patients.

- **Les modalités d’intervention avec les soignants**

Ces modalités sont surtout discutées par les soignants étant acculturés au rétablissement et au travail avec un pair-aidant :

“une rencontre méta.” E-I-MED2

“Je l’envisage plus en réunion clinique à la rigueur mais je ne sais pas si ça serait intéressant.” E-I-MED2

“être intégré et participer à la réflexion du service au même titre que n’importe quel professionnel de santé.” E-I-INF6

“temps de lien (...) météo intérieures” E-I-INF6

Le choix peut aussi être laissé au pair-aidant souligne une infirmière :

“s’il y a une réunion clinique sur le patient avant est ce que le pair-aidant voudra y assister ? ou pas, il y a des choses qui sont de la décision du pair-aidant dans sa pratique” E-I-INF2

5) Les outils d'une intégration réussie

- Des informations sur la pair-aidance

Les équipes soulignent leur besoin de connaître la pair-aidance :

“Je m'interroge par ailleurs sur le statut du pair-aidant. Est-ce un métier, il y a-t-il une formation spécifique?” E-I-MED4

“moi je n'ai vraiment aucune notion sur la pair-aidance. Oui je pense que des infos un peu de formation c'est indispensable” E-I-INF5

“expliquer sur quoi est fondée cette pratique sur le plan médical” E-I-INF6

La question de la légitimité dans le soin est abordée de manière franche ou suggérée.

- Une sensibilisation de l'équipe au rétablissement

“Il faut de la sensibilisation progressive avant d'officialiser l'intervention” E-I-INF6

“Le prérequis indispensable c'est l'accueil de l'équipe, c'est déjà travailler sur la déstigmatisation du travail et qu'il y ait vraiment une place au sein de l'équipe et un potentiel d'agir.” E-I-MED2

Les soignants acculturés au rétablissement identifient bien cette étape comme indispensable à la bonne intégration.

- Penser le cadre de l'intervention en amont

Le cadre d'intervention n'est pas clarifié pour les soignants, “qu'est ce qu'on a envie de travailler autour de cette intervention ? sa fonction sa place ?” E-I-PSYCHO1

Des inquiétudes peuvent émerger : “on se retrouve devant le fait accompli souvent sans avoir été consulté ni mis vraiment dans la boucle pour participer et du coup au final ce n'est pas très bien fait, ça aurait été mieux fait si le temps avait été pris si cela n'avait pas été imposé (...) participer à la réflexion en amont “E-I-INF4

Deux médecins soulignent la nécessité d'un cadre très sécurisé pour le pair-aidant notamment en unité fermée.

La question d'une référence soignante est évoquée :

“un référent dans le service un point de repère pour faire le pont (...) un soignant qui connaît la pair-aidance pour accompagner et amorcer l'intégration de la pair-aidance en amont” E-I-MED2

“binôme pair-aidant/soignant pour sécuriser le ou la pair-aidante” E-I-MED2

“il faut que le sujet soit clé en main et poussé dès le premier jour avec une information courte et pratique avec participation d'un promoteur actif au moins au début” E-I-MED3

- Une rencontre au préalable avec l'équipe

La majorité des soignants évoquent ce temps de rencontre comme indispensable.

Plusieurs soignants nomment leur curiosité concernant les pairs-aidants : leur parcours, leur symptomatologie, leur rapport aux soins, la vision de leur action, leur positionnement, leurs limites, les attentes vis-à-vis des soignants.

“laisser le temps de se connaître humainement (...)” E-I-INF6

Ce ou ces temps de rencontres sont également pensés comme des échanges concernant le fonctionnement du service : “il faudra bien expliquer à cette personne comment on a l’habitude de fonctionner, ce qui est maintenant mais ça peut bouger bien sûr” E-I-INF3

“faut pas parachuter quelqu’un dans une unité, il y a besoin d’une rencontre avant (...) assister à une réunion clinique, se rencontrer sur des temps intersectoriels, des temps d’unité, ça demande du temps” E-I-INF2

- **Des temps de supervision**

Des temps de débriefing, de supervision et de réunion sont envisagés par l’équipe ; la supervision est envisagée avec l’idée de pouvoir sécuriser le pair-aidant dans sa pratique. E-I-INF2 et E-I-MED1

“avoir besoin d’un espace où aller mettre ça au travail, parce que sinon on perd sa capacité à être à distance” E-I-PSYCHO1, mais aussi des temps de lien avec l’équipe pour se coordonner dans la prise en charge des patients. E-I-INF3, E-I-INF5 et E-I-MED3

Un médecin évoque une supervision médicale des entretiens. E-I-MED3

- **S’interroger sur les besoins du pair-aidant**

Les soignants ont commencé à penser de quoi aurait besoin le pair-aidant pour se sentir à l’aise dans sa pratique.

Notamment la nécessité de :

- bien délimiter leur espace de pratique “il faut que les places soient bien données que la parole soit bien distribuée” E-I-INF2
- flexibilité de la fiche de poste “ il faudra partir du besoin du pair-aidant tant au niveau de l’espace que des missions de la fiche de poste” E-I-INF6
- pouvoir exprimer leur état psychique “c’est surtout le ressenti du pair-aidant être sûr qu’il soit en capacité de dire s’il ne se sent pas bien” E-I-INF2
- “poser un cadre et des facteurs d’alerte pour pouvoir dire stop pour le pair-aidant” E-I-MED2

- **Pratiquer**

“c’est souvent en pratiquant qu’on se pose des questions” E-I-MED3

Les résultats de l'étude montrent que les connaissances des participants concernant la pair-aidance étaient très variées allant de l'absence de notion du métier, à une pratique ancrée de travail conjoint avec les pairs. L'imprégnation de la culture du rétablissement était également très différente en fonction des soignants. L'apport d'un travailleur pair pour les patients est facilement envisagé.

Les professionnels ayant déjà travaillé avec les pairs-aidants sont plus à même de décrire les bénéfices d'un travail conjoint. De nombreux soignants ont exprimé des craintes à l'arrivée d'un travailleur pair : il existe des questionnements sur l'adaptation d'un pair-aidant au milieu hospitalier, son intégration dans l'équipe de soins, son rôle avec les patients.

Concernant l'ambiance globale qui ressort des entretiens : beaucoup d'avis favorables ont émergé, le service est en cours d'acculturation au rétablissement. Aucun soignant n'a exprimé un franc refus de collaboration. Un certain nombre de craintes sont en lien avec la méconnaissance du rôle et l'absence de rencontre avec un pair-aidant. Les soignants questionnent également la pertinence d'une présence du pair pendant la crise psychiatrique. Lorsqu'ils l'envisagent, ils le font souvent avec un besoin de cadre sécurisant pour le pair-aidant et facilitant dans son accueil au sein des équipes.

V) Discussion

1) Forces et limites

Cette étude est innovante car elle interroge un sujet d'actualité et une pratique encore nouvelle de la psychiatrie consistant à inclure des travailleurs pairs dans les équipes de "soins intensifs".

Le choix d'une modalité de collecte double, d'une part via des entretiens individuels et de l'autre via l'observation d'une séance de formation d'équipe à la pair-aidance, est un atout permettant d'obtenir un plus grand nombre de données : les entretiens individuels favorisent l'expression plus intime et libre, dégagé des enjeux d'équipe, alors que la formation collective permet l'expression de ressentis plus collectifs, de dégager des éléments de "culture d'équipe".

Le nombre d'entretiens - bien que modeste du fait de la disponibilité des soignants et de la taille de l'équipe- a pu permettre d'atteindre, à notre sens, une saturation des données, les éléments de discours recueillis devenant redondants lors des deux derniers entretiens.

Les professionnels semblent avoir été sensibles à ce que l'on vienne les questionner avant tout projet de mise en place. Cela a permis de faire connaître et réfléchir l'équipe à la possibilité d'un travail avec

ces nouveaux professionnels. Les résultats de ces travaux ont été présentés au service afin d'enrichir les connaissances, leur faire un retour sur l'opinion globale des soignants, poursuivre la réflexion commune concernant les leviers et les freins.

Il existe cependant des limites concernant cette étude. La participation s'est faite sur la base du volontariat, donc il est possible que cela ait exclu les soignants les plus réfractaires ou les moins renseignés sur la pair-aidance. Certains soignants n'ont pas pu avoir accès aux entretiens, car ils n'étaient pas présents sur les temps proposés. Cela a pu entraîner un biais de sélection.

Cependant, tous les corps de métier ont été sollicités.

Le format d'entretien individuel a pu préserver une liberté de parole, par rapport à des entretiens groupaux. Cela a permis d'exprimer à la fois les craintes et les bénéfices perçus de la pair-aidance.

La difficulté dans la position de chercheur a été de garder une position neutre malgré les connaissances apportées par la recherche de données de la littérature. Ce d'autant plus que le sujet était peu connu et de nombreuses questions ont été posées lors des entretiens.

Par ailleurs, l'analyse n'a pas pu bénéficier d'un double regard ce qui peut entraîner un biais d'interprétation.

Concernant la description de la construction de la fiche de poste du pair-aidant mentionnée au protocole : cet objectif sera réalisé dans un second temps.

2) Comparaison aux données de littérature

Les leviers décrits par les soignants sont en cohérence avec les données de la littérature.

Des avantages sont décrits (Repper and Watson, 2012) pour les patients, en termes de facilitateur de rétablissement, d'empowerment, d'aide à la réinsertion sociale. Ces facteurs sont bien identifiés par les soignants interrogés.

En revanche, il existe des avantages pour les pairs eux-mêmes qui n'ont pas été soulignés par l'équipe : le développement de nouvelles capacités, une découverte de soi, une amélioration de la situation financière, une proportion plus importante à rechercher et conserver un emploi. (Gillard and Holley, 2014). Peut-être les soignants ont-ils eu des difficultés à imaginer un mieux être dans un milieu considéré comme "adverse".

Pour ce qui est des avantages pour l'équipe de soins, on retrouve notamment dans la littérature : une sensibilisation des soignants "à une vision plus globale de la personne, débordant du cadre de la maladie", une aide à la dé-stigmatisation, une vision différente des soins, alors vécus en terme d'expérience et non de symptômes. Cela permet ainsi de dépasser l'approche médico-centrée (Godrie, 2014), de mobiliser les représentations. (Demailly, 2014) Certains soignants interrogés, notamment ceux ayant déjà travaillé ou rencontré des pairs aidants, ont élaboré autour de ces

avantages (il semblait difficile pour les autres professionnels d'imaginer ce rôle sans avoir eu d'expériences ou de témoignages antérieurs).

Malgré les avantages très nets perçus d'une collaboration avec les pairs-aidants décrits par l'étude, des freins semblent vivement tempérer les soignants. Face à cela, il semblait intéressant d'aller les confronter à l'expérience de services hospitaliers ayant déjà envisagé ou vécu l'intégration d'un travailleur pair.

Dans cet objectif, et en marge du cadre strict de notre étude, un entretien téléphonique avec un médecin d'une unité d'hospitalisation fermée de crise a été réalisé : il y décrit son expérience lors de l'intégration d'un pair-aidant. (voir entretien complet en Annexes).

L'arrivée du travailleur pair n'avait pas été annoncée. Aucun cadre n'avait été posé, laissant le médiateur de santé pair expérimenter, sans lien avec l'équipe, une approche des patients. Cela a entraîné des problématiques lors de la pratique de travail, qui ont interrogé l'équipe et renvoyé une image négative de la collaboration; un besoin de reprise plus important a émergé chez des équipes déjà saturées par le rythme de travail. Le MSP s'est retrouvé confronté à des patients en crise en début d'hospitalisation, confronté au déni des troubles et à des comportements parfois violents.

Cette expérience a été vécue comme totalement négative par le médecin. Il a identifié les difficultés (aucun cadre ni préparation en amont, difficultés de coordination avec l'équipe, clinique des patients non compatibles avec une intervention...), et suggéré des pistes pour poursuivre la collaboration : il semblerait que la temporalité de la rencontre soit importante. Une rencontre dans la période "post crise" avant la sortie d'hospitalisation est proposée.

Au-delà de cette expérience singulière, les questionnements et freins évoqués par les soignants de l'unité sont retrouvés dans la littérature :

Le risque de normalisation, de perte de spécificité, de sous traitance, de remplacer un poste infirmier avec risque de dilution des rôles et de ressentiment des équipes, d'utilisation comme outil de persuasion des soins sont décrits. (Wright, 2013 ; Gillard and Holley, 2014) La vulnérabilité du pair est mise en avant par de nombreux professionnels, avec un risque de rechute de déstabilisation dans ce contexte de professionnalisation. Puis, au quotidien, la crainte d'un pair-aidant trop vindicatif vis-à-vis des soins, des difficultés pour les pairs-aidant à travailler avec des patients en crise psychiatrique, leur gestion des limites dans la relation de soins sont également interrogés. (Godrie, 2014)

Les auteurs qui interrogent ces dérives préconisent plusieurs étapes :

- **l'alignement stratégique**
- **la formation des soignants**
- **le recrutement**
- **la formation du pair-aidant**
- **l'intégration**
- **des échanges de pratiques**

- **l'alignement stratégique**

En premier lieu, le projet d'intégration des pairs-aidants en milieu hospitalier nécessite un soutien organisationnel et budgétaire, ce projet doit être porté par la direction de l'établissement, les chefs de pôle et de service pour permettre son aboutissement. Gillard et Holley parlent "d'alignement stratégique". (Gillard and Holley, 2014; Ashcraft and Anthony, 2008).

- **la formation des soignants**

Des formations de sensibilisation à la culture du rétablissement et d'information sur la pair-aidance sont conseillées pour les équipes soignantes. Les pairs-aidants sont un moyen d'améliorer, mais non d'introduire, la culture du rétablissement.

Demilly et al., ont démontré que l'absence de formation des soignants à l'approche du rétablissement complique l'intégration des pairs-aidants dans des services, notamment en lien avec une hiérarchie prononcée et un maintien d'une distance soignant/soigné. (Demilly, 2014)

Selon le guide d'aide à l'intégration des pairs-aidants dans les services écrit par le Centre Hospitalier du Vinatier, il est souhaitable de sensibiliser au rétablissement, de favoriser des temps de formation avec des binômes d'intervention pair et soignant, de s'interroger en équipe sur ses représentations et ses besoins.⁶

Après avoir éclairci les besoins de l'équipe de soins, il est possible de rédiger une pré-fiche de poste indicative pour le pair-aidant. (Gillard and al., 2015 ; Sunderland, 2013)

⁶ Centre ressource réhabilitation CH Le Vinatier, Lyon. *Comment Intégrer Un Travailleur Pair Dans Une Équipe de Santé Mentale ? Petit Guide Pratique à l'usage Des Équipes Qui Souhaitent Se Lancer.*
<https://centre-ressource-rehabilitation.org/comment-integrer-un-travailleur-pair-dans-une-equipe-de-sante-mentale-un-pe-tit>.

La nécessité de formation des soignants est retrouvée dans les discours dans notre étude, les soignants ont une conscience claire d'un besoin d'acculturation collective à la pair aide et au rétablissement.

- le recrutement

Concernant l'équipe de soin, il s'agit d'avoir une certaine adaptabilité, une curiosité, de bonnes capacités relationnelles et communicationnelles d'équipe. Il est important qu'il y ait une certaine stabilité institutionnelle, l'arrivée d'un nouveau membre étant moins facile dans un climat de tension et de changement fréquent de personnel. (Franck, 2020, chapitre 10) Un travail en amont de l'arrivée du pair-aidant est indispensable afin d'avoir des attentes partagées et des limites claires au rôle du MSP. (Gillard and Holley, 2014). La fiche de poste doit décrire clairement le cadre d'intervention attendu du pair-aidant dans le service. Une certaine flexibilité des missions est conseillée, afin que le pair-aidant puisse adapter son poste en fonction de ses aptitudes et souhaits. Un aménagement de poste doit être possible. (Libert, 2019)

Concernant la place du pair-aidant, il doit être considéré comme un employé à part entière (McLean, 2009), avoir accès au dossier patient. Le positionnement du pair-aidant est conseillé comme tel : " la nécessité pour les pairs-aidants d'accepter les pratiques psychiatriques institutionnelles tout en étant, d'autre part, suffisamment critiques afin de promouvoir le changement de celles-ci, voire de proposer des alternatives." (Godrie, 2014)

Les arrêts de travail peuvent être perçus de manière constructive par eux-mêmes, leurs collègues et leurs employeurs "dans la mesure où lorsqu'une absence est due à des problèmes de santé mentale, le processus de rétablissement du pair-aidant peut améliorer l'approche qu'il adopte pour tirer parti de son expérience vécue pour aider les autres." (McLean, 2009)

Pour ce qui est du choix de la personne, le rapport du CCOMS de Demailly interroge le mode de recrutement : un examen psychiatrique ou par la médecine du travail peut être perçu comme stigmatisant, reste à trouver comment évaluer les compétences relationnelles et la qualité du rétablissement de la personne. Plusieurs idées sont émises : embauche après quelques mois de bénévolat, recrutement dans le milieu associatif ou parmi d'anciens patients du service. (Demailly, 2014)

L'accompagnement privilégie le vécu, le partage d'expérience, il n'est donc pas nécessaire d'avoir obligatoirement la même pathologie que l'utilisateur,⁷ contrairement à ce que pouvaient penser certains soignants de l'équipe interrogée.

- **la formation du pair-aidant**

Une formation avant la prise de poste ou pendant la prise de poste en alternance, est recommandée. Il existe en France plusieurs formations diplômantes (cf Partie A). (Maugiron, 2016)

La licence de l'université de Paris XIII propose l'acquisition de plusieurs compétences : S'intégrer dans une équipe hospitalière ou médico-sociale ; Contribuer à améliorer la qualité du suivi et de l'accompagnement des personnes ; Repérer ses forces et ses limites dans la relation d'aide, au sein d'une équipe et comme professionnel ; Contribuer au rétablissement et à l'empowerment des personnes accueillies ; Développer son identité professionnelle de MSP. Cette formation permet donc une préparation au travail intrahospitalier.

Comme pour tout professionnel, une formation continue est à proposer régulièrement (éducation thérapeutique, remédiation cognitive...).

- **l'intégration**

Un temps d'immersion et de rencontre avec les équipes est conseillé. L'équipe de soin interrogée a nommé cette étape comme indispensable. Ce ou ces temps ont été pensés par l'équipe comme une possibilité d'échange, de rencontre, de présentation de l'unité et de son fonctionnement. Un référent peut être nommé pour faciliter l'introduction du travailleur pair dans l'équipe.

- **des échanges de pratiques**

Au quotidien, après la phase d'intégration, de nombreux auteurs recommandent un espace de supervision. Il permet d'évoquer les points positifs, négatifs, de faire émerger les besoins, et de réfléchir à des évolutions du poste. Il est d'ailleurs préférable d'embaucher plusieurs pairs-aidants sur une même structure, afin de favoriser les échanges entre pairs. (Repper, 2012) (Wright, 2013)

⁷ Centre ressource réhabilitation CH Le Vinatier, Lyon. *Comment Intégrer Un Travailleur Pair Dans Une Équipe de Santé Mentale ? Petit Guide Pratique à l'usage Des Équipes Qui Souhaitent Se Lancer.*
<https://centre-ressource-rehabilitation.org/comment-integrer-un-travailleur-pair-dans-une-equipe-de-sante-mentale-un-pe-tit>.

Demailly and al. proposent un regroupement associatif des pairs-aidants travaillant à l'hôpital, pour créer un collectif, organiser des échanges de pratiques, favoriser le soutien. Ils proposent également de s'ouvrir vers l'extérieur, de nouer des liens avec les associations d'usagers, d'inviter des professionnels d'origine variée pour travailler périodiquement ensemble. (Demailly, 2014)

Cette recherche a fait suite aux interrogations posées par les soignants en formation et lors des entretiens individuels. Les données de la littérature permettent de poser un cadre à l'implantation d'un pair-aidant dans une unité, et peuvent contribuer à répondre aux craintes évoquées par les soignants de l'unité.

En l'état actuel, il pourrait être intéressant de poursuivre d'acculturation de l'équipe au rétablissement, et à la pair-aidance. Certains soignants ont bien mentionné l'importance d'être consulté et de pouvoir manifester leur opinion dans les projets de service : on peut proposer des réunions d'équipe ouverte à tous pour clarifier les attentes et les possibilités ; favoriser des rencontres entre l'équipe et des pairs-aidants.

La notion de pair-aidance, la possibilité de son implantation en service fermé, le recueil des réactions des soignants ont été le contenu principal des entretiens.

La spécificité de l'intervention des travailleurs pairs dans une unité d'hospitalisation de crise a peu été abordée. Quelques modalités d'intervention ont pu être décrites brièvement ; un soignant a évoqué ses questionnements vis-à-vis de la prise en charge de la crise et la sollicitation de l'avis du pair-aidant pour améliorer les prises en charge.

Il semblait donc intéressant de poursuivre les recherches, pour savoir s'il existait une spécificité du rôle en unité de crise.

3) Le rôle du pair-aidant dans la crise

Les données concernant l'apport de la pair-aidance dans la crise sont limitées ; la pair-aidance participe à la mise en pratique d'outils de rétablissement : directives anticipées, débriefing post isolement. Plus spécifiquement, sa capacité à faire évoluer la vision du soin et son apport dans la réflexion des prises en charge sont décrits (Godrie, 2014 ; Mead, 2003). Il est par ailleurs un vecteur d'aide à la diminution des pratiques d'isolement et de contention. (Ascraft, 2008)

- rédaction de plan de crise conjoint (PCC) ou de directives anticipées en psychiatrie (DAP)

Le PCC ou les DAP sont des plans d'actions anticipés, rédigés conjointement par la personne atteinte d'un trouble psychique et un professionnel voire un autre usager ou un proche. Ils ont pour but d'identifier les facteurs déclenchants, les symptômes avant-coureurs d'une crise, ainsi que les

moyens d’y faire face, les personnes de soutien à mobiliser. Ils permettent également d’indiquer les soins et traitements à privilégier ou à éviter.⁸ Il permet au patient d’être acteur de ses soins, c’est un acte de prévention qui permet de mieux connaître ses troubles et de détecter les signes mineurs qui précèdent la crise. “C’est tout l’objet de l’éducation thérapeutique, qui peut par exemple utilement mobiliser les connaissances et compétences du pair-aidant. Ce dernier dispose d’un rôle d’expertise et peut aider la personne à mettre en place des techniques d’auto-apaisement” (Lanquetin, 2019). Le pair-aidant pourrait favoriser l’implantation de ces pratiques en milieu hospitalier et participer à l’accompagnement des patients lors de leur rédaction.

Une étude menée par Easter en 2021 montre que l’impact des DAP remplies avec un pair-aidant versus un autre professionnel présente le même impact, et améliore en plus l’autonomisation et le regard sur le traitement.

Une autre étude s’est intéressée à la qualité des directives anticipées réalisées par des pairs-aidants par rapport à d’autres professionnels concernant les refus de prescriptions: les DAP réalisées avec les pairs-aidants ont été plus prescriptives que celles réalisées par les autres professionnels. (Belden, 2021) Cette étude est rassurante concernant les craintes d’un positionnement radical des pairs-aidants vis-à-vis du traitement.

- **participation au débriefing post isolement / contention**

Un débriefing est conseillé dans les 24H suivant la fin d’une mesure d’isolement et ou contention. Les objectifs du débriefing sont de minimiser les effets négatifs de l’épisode, comprendre quels facteurs ont mené à la mesure, et identifier des méthodes alternatives de prise en charge. Le pair-aidant possède une position privilégiée pour y participer, à condition qu’il se sente à l’aise avec cette pratique. (Davis, 2013 ; O’Hagan and al., 2013)

- **aide à la diminution des pratiques de privation de liberté**

En 2008, Ascraft décrivait l’initiative de deux centres de crise psychiatrique aux États Unis d’arrêter la pratique de l’isolement et de la contention. Ces centres comptabilisent 14.500 patients chaque année, et 95 professionnels de santé (Ascraft, 2008).

⁸ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/plan-de-crise-conjoint>

Un exemple de directive anticipée est téléchargeable sur :

<https://www.psycom.org/agir/la-defense-des-droits/kit-mon-gps/#telecharger-mon-gps-62c05ca2822f7>

De nouvelles stratégies ont alors été mises en place. Au départ, la mobilisation au changement vient d'une forte volonté de la direction, des changements de procédures ont été actés et des formations du personnel sur des sujets spécifiques ont eu lieu (sessions de trois heures par semaine pendant quatre semaines). Cette formation est décrite comme utilisant les outils du rétablissement, travaillant sur les préjugés, la peur, le désespoir induit par les états de crise des patients, une acculturation aux travailleurs pairs, instaurant un mode relationnel privilégiant la responsabilisation des patients au lieu de pratiques de conformité et de contrôle, une information sur l'assistance aux personnes ayant subi un traumatisme, un renforcement des pratiques de résilience via l'utilisation de directives anticipées. Une autre session de formation a été réalisée, mettant l'accent sur la prévention des crises plus que leur gestion, travaillant sur la construction relationnelle, la possibilité des contentions/de l'isolement étant envisageable en dernier recours. Des histoires de rétablissements ont été incluses, des pairs-aidants sont arrivés dans les services, permettant de susciter l'espoir chez les patients. La formation contenait également des témoignages d'usagers ayant vécu l'isolement et ou la contention, venant faire réfléchir sur les pratiques alternatives possibles.

Pendant 58 mois de 2000 à 2004 des données ont été collectées dans les deux centres : 0 isolement au bout de 10 mois pour le grand centre et au bout de 2 mois pour le plus petit centre ; 0 contention au bout de 31 mois et 15 mois respectivement.

Les blessures du personnel ont eu tendance à diminuer, et la contention chimique n'a pas enregistré d'augmentation. Après la fin de l'étude, les résultats sont restés similaires, il a été noté que le plus petit centre a eu plus de facilité à mettre en place les nouvelles mesures. Il pourrait exister une taille de centre à ne pas dépasser pour permettre un objectif de restreinte minimal.

D'autres expériences de franche diminution des pratiques d'isolement et de contention aux Etats Unis sont décrites dans cet article. (O'Hagan and al., 2013)

Brophy and al. ont étudié l'opinion des proches de patients ayant vécu une expérience d'isolement et de contention ainsi que des patients ayant vécu cette expérience; le but était de trouver des stratégies visant à diminuer ces mesures. Dans sept des 10 groupes de discussion, le soutien par les pairs a été suggéré comme stratégies d'élimination ou de réduction. (Brophy and al., 2016)

Ils sont cités comme une aide à la diminution de l'isolement et de la contention par MHE (Mental Health Europe, 2021), notamment vu comme un vecteur de créativité pour encourager les pratiques alternatives. (Godrie, 2014;Sunderland, 2013).

- **enrichissement du point de vue des soignants**

Des échanges peuvent avoir lieu entre le pair-aidant et l'équipe de soin permettant d'enrichir leur compréhension du vécu d'une personne faisant l'expérience d'une décompensation psychique, amenant ainsi à un nouveau positionnement.

Le pair peut également intervenir en soutien à la réflexion d'équipe : "Ces situations complexes contribuent particulièrement à la reconnaissance du savoir expérientiel et clinique des pairs et à la création d'un espace de discussions et de pratiques, soit avec les professionnels pour les aider à clarifier leur questionnement et leur intervention et les recentrer sur le besoin des participants (ils sont alors décrits comme une boussole, un phare)"(Godrie, 2014)

- **penser différemment la crise**

La question de la formation des travailleurs pairs à la gestion de crise se pose.

Les Guidelines du Mental Health Commission of Canada (Sunderland, 2013) préconisent que le travailleur pair soit formé pour reconnaître la gravité de la crise (violence, crise suicidaire...etc), et avoir la réponse appropriée.

Gillard and al., en 2015, décrivent les effets d'une formation obligatoire sur la gestion du risque. Certains pairs-aidants y voient une atteinte à la confiance dans la relation avec les usagers, tandis que d'autres y gagnent en confiance et en autonomie. Les auteurs alertent sur une dérive : former un pair-aidant à réagir comme un soignant pourrait entraîner une perte de spécificité du rôle du pair.

Cette "pensée du risque" est critiquée, elle est décrite par Scott and al. comme une tentative de "discipliner l'incertitude" via des évaluations régulières, et sa gestion par une variété de mesures. A contrario, la philosophie d'accompagnement des pairs s'appuierait sur la "dignité du risque" (développé dans le domaine du handicap par Robert Perske et Wolf Wolfensberger) soutenant les personnes dans leurs prises de risque, la crise étant alors considérée comme une opportunité d'apprentissage. (Scott and al., 2013)

Les travailleurs pairs peuvent en effet gérer différemment le risque avec les patients : tout en conservant une responsabilité morale et éthique, ils n'ont pas le même devoir légal que les autres professionnels. A ce titre, ils peuvent se permettre de travailler de manière plus flexible, permettant aux patients de prendre leurs propres risques dans le cadre d'un processus thérapeutique. Cette manière de travailler peut alerter les professionnels formés à la gestion des risques, avec la crainte d'augmenter le risque pour les usagers. Au lieu de cela, "une littérature plus large explorant

l'adversité au risque dans les services de santé mentale suggère que la pratique défensive de ce type peut saper les besoins des utilisateurs de services que cette même pratique vise à protéger" (Godrie, 2014). Le risque traité de manière plus "positive" peut, dans une certaine mesure, contribuer à la construction de la résilience.

Les données de Gillard and al. suggèrent une absence de consensus sur le fait de savoir s'il est approprié que les travailleurs pairs aient les mêmes responsabilités que les autres professionnels dans des situations de soutien aux patients en situation de crise. (Gillard and al., 2015)

MacNeil, Mead et Hilton (MacNeil and Mead, 2003; Mead and Hilton, 2003) vont plus loin considérant la politique de gestion des risques contraire au principe de rétablissement. Ils décrivent leurs pratiques dans un centre de crise géré par les pairs : un accompagnement de crise sans pathologisation, dans une relation de confiance avec des pairs apportant leur expérience à la situation. Ils critiquent l'utilisation des "contrats de sécurité" jugés contre productifs, instaurant du contrôle dans la relation ; il est évoqué la possibilité de "s'asseoir avec inconfort" pour rester au contact de l'expérience de la personne, maintenir une relation de réciprocité. Des approches narratives d'extériorisation du problème sont utilisées pour mettre du sens et diminuer la souffrance.

Ce positionnement des pairs n'est pas envisagé spontanément par les soignants. Ces données viennent interroger les pratiques actuelles de soins. Une certaine souplesse et curiosité de l'équipe semblent requises. (Franck, 2020, chapitre 10)

La place du pair-aidant est à travailler et à créer en fonction de chaque équipe et de chaque pair-aidant, ce qui fait la richesse et la complexité de son intégration. Avant l'arrivée d'un pair-aidant dans une unité de soin, il est conseillé de bien connaître les possibilités du pair-aidant et de s'accorder sur le projet.

Certains auteurs remettent en doute la possibilité d'introduire des pairs-aidants en milieu hospitalier:

- Durand (Franck, 2020, chapitre 4) questionne la place du médiateur de santé pair, recruté par l'institution psychiatrique, ce positionnement est vu par l'auteur à risque d'invalider la position de pair-aidant. Là où le mot "médiateur" désigne plus un tiers neutre entre deux parties, le fait d'appartenir à l'équipe de soin invalide le statut.

Un risque serait que pair-aidant devienne un instrument d'adhésion aux soins pour les soignants. Le risque est alors de perdre l'essence de son métier, qui est d'apporter un regard différent sur les soins et non juste d'en être le messager.

- Godrie nomme la tension entre l'approche du rétablissement et le modèle d'intervention des soins intensifs. S'appuyant sur la description de Salyers et Tsemberis, il décrit un modèle d'intervention pour des patients en rupture de soins, mis en place à l'origine pour réduire la durée et la fréquence des séjours hospitaliers reposant une « clinician-driven approach » décrite par Stein et Test (1980), ayant recours à des mesures de contrainte. A l'inverse, l'approche du rétablissement s'appuie sur un "shift from the clinician-as-expert model" au profit d'un partenariat entre soignants, patients et entourage. Ces deux pratiques seraient susceptibles de rentrer en contradiction en termes de valeurs (choix du patient, empowerment, responsabilisation...). L'intégration des valeurs du rétablissement en milieu de contrainte ne serait donc pas sans défi (Godrie, 2014).
- Pour Shery Mead, (ancienne patiente, fondatrice de "Intentional Peer Support", Etats Unis), il existe une incompatibilité franche entre l'approche médicale basée sur une relation inégale et la gestion des risques, et l'approche des pairs, considérée comme égale et basée sur la réciprocité. Pour elle, l'essence de la pair-aidance ne peut s'exprimer pleinement à l'hôpital. (Mead, 2003, 2004)

L'embauche, la formation et le poste sont gérés par l'institution psychiatrique en France. Il y a là une différence avec les pairs-aidants américains et anglais qui peuvent gérer par eux-mêmes des centres de crises. (Heyland, 2013) Une solution proposée serait que les pairs-aidants soient gérés par une association indépendante se mettant à disposition des unités de soins et des structures médico-sociales. Cet entre-deux permettrait la possibilité d'un travail avec les équipes hospitalières tout en gardant une certaine autonomie (Franck, 2020 chapitre 4). Cette idée est en discussion actuellement au sein des institutions de santé mentale et d'associations d'usagers et de famille d'usagers et a d'ailleurs été proposée dans le rapport de Demailly and al. (Demailly, 2014)

VI) Conclusion

L'action des pairs-aidants fait partie d'un modèle de soin basé sur le courant du rétablissement. Il est habituellement envisagé chez des patients en rémission, comme un outil pour favoriser la connaissance de la maladie, le soutien social et la réinsertion dans la société.

Certains auteurs, ainsi que les politiques de santé souhaitent lui donner un rôle dans la crise psychiatrique, au côté des équipes de soins “intensifs” à l'hôpital psychiatrique.

Leur rôle est encore à définir que ce soit auprès des équipes comme des patients. Certains les voient en intervention auprès des soignants pour élargir la vision du soin en incluant un “regard patient”. On peut les imaginer intervenir par exemple en fin d'hospitalisation en “post crise” auprès des patients entrant dans la maladie chronique pour favoriser l'alliance et la continuité des soins; ou auprès d'équipes mobiles de crise à domicile. Aux services de choisir ce qui leur correspond le mieux en termes de place du pair dans leur équipe.

Le point de vue des travailleurs pairs serait à interroger, dans ce contexte d'émergence d'un nouveau statut. Ce métier est-il attractif ? Est-il envisagé à long terme ou comme une étape de rétablissement ? Quels retours ont-ils après plusieurs années de pratique ? Quelle est leur opinion sur les modalités d'intervention : les travailleurs pairs trouvent-ils pertinent d'intervenir tôt dans la crise, auprès de patients débutant une maladie psychiatrique ?

Les données de la littérature, et les témoignages sont encore insuffisants pour se faire une idée sur l'efficacité et les retombées positives concernant l'intervention d'un travailleur pair dans une équipe de soins de crise. L'intégration d'un pair-aidant au sein d'un service de soins de crise volontaire est envisageable et permettrait de collecter des données complémentaires. Il semble nécessaire qu'il y ait un engagement de la part des encadrants du projet (médecins, cadre, direction), de consacrer du temps auprès des équipes pour favoriser le changement, de favoriser une intégration cadrée avec une réflexion des missions du travailleur pair en amont, et de permettre des temps de débriefing réguliers si nécessaires.

ANNEXES

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Aide en Service Hospitalier

CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CMP : Centre Médico Psychologique

CNV : Communication Non Violente

DAP : directives anticipées en psychiatrie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation, et des statistiques

DU : Diplôme Universitaire

GEM : Groupes d'entraide mutuels

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MSP : Médiateur de Santé Pair

PPC : Plan de crise conjoint

Bibliographie

Ashcraft, and Anthony. "Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services."

Psychiatric Services (Washington, D.C.), vol. 59, no. 10, Oct. 2008,

<https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.10.1198>.

Association of Mental Health Providers. "Lived Experience Leading the Way: Peer Support in Mental

Health." *Together for Mental Health*, Aug. 2017.

Beck, Angela J., Maria G. Gaiser. "A Systematic Review of the Roles and Contributions of Peer

Providers in the Behavioral Health Workforce." *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 61,

no. 4, Oct. 2021, p. Pages e203-e210.

Belden, Charles M., et al. "Appropriateness of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer

Support Specialists and Clinicians on Assertive Community Treatment Teams." *Journal of Mental*

Health, vol. 0, no. 0, July 2021, pp. 1–7, <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1952946>.

Bertaud, Edouard. "Évolution et enjeux à venir de la pair-aidance dans le champ de la psychiatrie en

France." *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 86, no. 1, Mar. 2021, pp. 17–24,

<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.10.006>.

Brophy and al. "Consumers' and Their Supporters' Perspectives on barriers and Strategies to

Reducing Seclusion and Restraint in Mental Settings." *Australian Health Review*, vol. 40, 2016, pp.

599–604.

Cardin, Hélène. « La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" », *Les Tribunes de la santé*, vol. 42, no. 1,

2014, pp. 27-33.

Cardinal, Patrick Le, et al. "Recovery-oriented and peer-support practices. Historical studies and

perspectives." *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 5, June 2013, pp. 365–70.

Davidson, Larry, et al. "Peer Support among Persons with Severe Mental Illnesses: A Review of

Evidence and Experience." *World Psychiatry*, vol. 11, no. 2, June 2012, pp. 123–28.

Davis, Debi, et al. "Peer Training Manual: How to Avoid and Restraint." *Disability Rights California*, Feb. 2013.

Demailly, Lise. *Le Dispositif Des Médiateurs de Santé Pairs En Mentale : Une Innovation Controversée Final de La Recherche Évaluative Qualitative Sur Le Programme Expérimental 2012-2014*. Sept. 2014.

Easter, et al. "Impact of Psychiatric Advance Directive Facilitation on Mental Health Consumers: Empowerment, Treatment Attitudes and the Role of Peer Support Specialists." *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, vol. 30, no. 5, Oct. 2021, <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714008>.

Franck, Nicolas, Caroline Cellard. *pair-aidance et Santé Mentale, Une Entraide Professionnalisée*. Elsevier Mason, 2020.

Gagne, C, et al. "Peer Workers in the Behavioral and Integrated Health Workforce: Opportunities and Future Directions." *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 54, no. 6 Suppl 3, June 2018, <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.010>.

Gillard and al. "Peer Worker Roles and Risk in Mental Health Services: A Qualitative Comparative Case Study." *Community Mental Health Journal*, vol. 51, no. 4, May 2015, <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9843-y>.

Gillard, S., et al. "New Ways of Working in Mental Health Services: A Qualitative, Comparative Case Study Assessing and Informing the Emergence of New Peer Worker Roles in Mental Health Services in England. Southampton (UK)." *NIHR Journals Library*, July 2014, <https://doi.org/10.3310/hsdr02190>.

Gillard, Steve, and Jessica Holley. "Peer Workers in Mental Health Services: Literature Overview." *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 20, no. 4, July 2014, pp. 286–92, <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011940>.

Godrie, Baptiste. *Savoirs d'expérience et Savoirs Professionnels : Un Projet Dans Le Champ de La Santé Mentale*. Montréal, Sept. 2014.

- Heyland and al. "The Living Room, a Community Crisis Respite Program: Offering People in Crisis an Alternative to Emergency Departments." *Global Journal of Community Psychology Practice*, vol. 4, no. 3, Oct. 2013.
- Lanquetin, J.-P. (2019). Prévention primaire en psychiatrie, un travail d'ambiance. *Empan*, n°114(2), 72.
- Launay, Corinne, Philippe Maugiron. "Intégration d'un Médiateur de Santé-Pair Dans Une Équipe de Soins, Son Rôle et Ses Fonctions." *Annales Médicopsychologiques*, Aug. 2017, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.002>.
- Libert, Anne Eva. *PAIRS-AIDANTS PROFESSIONNELS EN PSYCHIATRIE : ETUDE QUALITATIVE SUR LES AVIS DES SOIGNANTS AU CHU DE NANTES*. Nantes, 5 Feb. 2019.
- MacNeil and Mead. "Discovering the Fidelity Standards of Peer Support in an Ethnographic Evaluation | Intentional Peer Support." *The Journal of Community Psychology*., Dec. 2003, <https://www.intentionalpeersupport.org/discovering-the-fidelity-standards-of-peer-support-in-an-ethnographic-evaluation/>.
- Maugiron, Philippe, Cloutier. "« La pair-aidance En Santé Mentale : L'expérience Québécoise et Française »." *L'information Psychiatrique*, vol. 92 no. 9, 2016, pp. 755–60.
- McLEAN Joanne, et al. "Evaluation of the Delivering for Mental Health Peer Support Worker Pilot Scheme." *Scotland. Scottish Government Social Research*, 2009, p. 4.
- Mead, Shery, et al. "Peer Support: What Makes It Unique?" *Int J Psychosoc Rehab*, vol. 10, Jan. 2004.
- Mental Health Europe. *Short Guide to Ending Coercion and Restraint in Mental Health Services*. June 2021.
- Niard, Camille, and Nicolas Franck. "Apports de la pair-aidance aux dispositifs de santé mentale en France." *Pratiques en sante mentale*, vol. 66, no. 3, 2020, pp. 50–57, <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-3-page-50.htm>.

- O'Hagan M, Divis M, Long J. "Best Practice in the Reduction and elimination of Seclusion and Restraint; Seclusion: Time for Change." *Te Pou o Te Whakaaro Nui: The National Centre of Mental Research, Information and Workforce Development, New Zealand*, Apr. 2008.
- Otte, I, et al. "Beneficial Effects of Peer Support in Psychiatric Hospitals. A Critical Reflection on the Results of a Qualitative Interview and Focus Group Study." *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, vol. 29, no. 3, June 2020, <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581349>.
- Pelaccia, Thierry, Paille, Pierre. "Les Approches Qualitatives : Une Invitation à l'innovation et à la Découverte Dans Le de La Recherche En Pédagogie Des de La Santé." *Pédagogie Médicale*, vol. 10, no. 4, 2010, pp. 293–304.
- Repper, J. et Carter T. *Using Personal Experience to Support Others with Similar Difficulties*. 2010.
- Repper, Julie, and Tim Carter. "A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services." *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, vol. 20, no. 4, Aug. 2011, pp. 392–411.
- Repper, Julie, Emma Watson. "A Year of Peer Support in Nottingham: Lessons Learned." *Journal of Mental Health Training*, vol. 7(2):70-78, June 2012, https://www.researchgate.net/publication/275313878_A_year_of_peer_support_in_Nottingham_Lessons_learned.
- S. Mead, D. Hilton. "Crisis and Connection." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 27(1), 2003, pp. 87–94, <https://doi.org/https://doi.org/10.2975/27.2003.87.94>.
- Scott, Ann, et al. "'Having Those Conversations': The of Risk in Peer Support Practice." *Health Sociology Review*, vol. 20(20):187-201, June 2011.
- Shalaby, Reham A. Hameed, and Vincent I. O. Agyapong. "Peer Support in Mental Health: Literature Review." *JMIR Mental Health*, vol. 7, no. 6, June 2020, p. e15572, <https://doi.org/10.2196/15572>.
- Sunderland, Kim, Mishkin, Wendy, Peer Leadership Group,. "Guidelines for the Practice and Training of Peer Support." *Mental Health Commission of Canada*., 2013.

Troisoeufs, Aurélien. "Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ?" *Rhizome*, vol. 7576, no. 1, Apr. 2020, pp. 27–36,
<https://www.cairn.info/revue-rhizome-2020-1-page-27.htm>.

Walker G. and Bryant, W. "Peer Support in Adult Mental Health Services : A Metasynthesis of Qualitative Findings." *Psychiatr Rehabil J*, vol. 36, no. (1), 2013, pp. 28–34.

Wright, Christine, Gillard, Steve. "Introducing Peer Worker Roles into UK Mental Service Teams: A Qualitative Analysis of the organisational Benefits and Challenges." *BMC Health Services Research*, vol. 13, 2013, p. 188.

Protocole de recherche non interventionnelle

Personne qui dirige et surveille la réalisation de la recherche :

Claudie MAILLARD,
Interne en Psychiatrie
Nantes

Méthodologistes :

Julien JUPILLE / Dr Marion CHIRIO-ESPITALIER

Promoteur:

CHU de Nantes



Direction des Affaires Médicales
et de la Recherche
5, allée de l'île Gloriette
† 093 Nantes cedex 01 (FRANCE)

Tel : 02 53 48 28 35
Fax : 02 53 48 28 36

Contexte du projet	Thèse d'exercice
Date prévisionnelle de début	septembre 2021
Date prévisionnelle de fin	août 2022

Titre de l'étude	“Interventions basées rétablissement dans la crise psychiatrique Un exemple Nantais : étapes d'intégration d'un médiateur de santé pair en unité d'hospitalisation fermée”
Mots clés	pair-aidance professionnelle / unité d'hospitalisation fermée / rétablissement / crise psychiatrique
Responsable de la recherche	CHU DE NANTES
Investigateur principal (si étude monocentrique)	Claudie Maillard
Type d'étude	Recherche non Interventionnelle
Planning de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Durée totale : 12 mois ❖ Période de recrutement : 4 mois (novembre 2021 à février 2022) ❖ Durée de suivi : un seul temps d'évaluation
Design de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Monocentrique ❖ Observationnelle ❖ Qualitative
Objectifs de l'étude	<p><u>Objectif principal</u> : Identifier les freins et leviers rencontrés à la mise en place de la pair-aidance en unité d'hospitalisation fermée.</p> <p><u>Objectif secondaire</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décrire l'expérience d'un service psychiatrique hospitalier fermé à Nantes dans les étapes d'intégration d'un pair-aidant à une équipe de soins. - Explorer les représentations des soignants travaillant en unité fermée concernant la pair-aidance. - Décrire les conditions de formation des équipes.

	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les besoins des équipes avant la mise en place du projet : besoins en terme de formation, d'information, quelles attentes sur l'intervention d'un pair-aidant - Décrire la construction du poste : lors d'une réunion soignant/pair-aidant (fiche de poste, contrat de travail...) et ses caractéristiques (types d'intervention, public concerné, référents/binôme, temps de reprise...)
Nombre de cas prévisionnel	environ 10 à 15 professionnels de santé
Calendrier des différentes visites et des différents examens	<p>M0 : bibliographie sur la pair-aidance en santé mentale</p> <p>M1-M3 : observation de séances de formation de l'unité fermée sur la pair-aidance</p> <p>M3-M7 : entretiens individuels avec des professionnels de l'unité</p>
Critères principaux de sélection, d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	<p><u>Critères d'inclusion (professionnels):</u> être un soignant ; travailler en lien avec l'unité</p> <p><u>Critères de non inclusion (professionnels):</u> ne pas travailler en lien avec l'unité, ne pas exercer de fonction soignante en lien avec les patients ; refus de participation</p>
Traitement, acte, combinaison d'actes à l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Observation participante aux séances de formation collectives de l'équipe - Pour les professionnels qui le souhaitent : entretiens individuels avec questionnements sur la pair-aidance - Entretien avec un médecin d'une autre ville de France
Critère de jugement principal	Analyse qualitative des données recueillies via des entretiens individuels semi structurés sur volontariat + recueil des opinions lors des formations d'équipe
Critère(s) de jugement secondaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse des contenus de formations dispensées à l'équipe de soins en amont de la mise en place du projet - Analyse du discours d'un médecin ayant l'expérience d'un travail en collaboration avec un pair-aidant

	<p>professionnel, recueilli lors d'un entretien individuel téléphonique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observation d'une réunion de travail concernant la création d'une fiche de poste de pair-aidant professionnel en unité fermée
Analyse statistique	<p><u>Analyse qualitative</u></p> <p>Les données recueillies lors des observations de séance, pendant les entretiens individuels, et les séances de formations, seront analysées de manière qualitative, afin de faire émerger des théories sur les leviers et les freins d'une équipe soignante pour la mise en place de la pair-aidance en unité d'hospitalisation fermée. Une grille de questions préétablie sera utilisée.</p>
Informations/consentement	Recueil du consentement écrit des participants à l'étude
Soumission au Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS)	Non

Grille d'observation de la formation

- Caractéristiques des participants (nombre, fonction)
- Contenu du discours
- Les positionnements : leader, suiveur, randonneur (hors sujet), relations hiérarchiques

Grille d'entretien individuel semi directif (soignants de l'unité)

- "Je suis interne en psychiatrie, je réalise un projet de thèse en lien avec la pair-aidance. Les pairs-aidants sont de plus en plus présents dans les équipes de psychiatrie notamment en hôpital psychiatrique."

Quelques questions préliminaires :

- Quel âge avez-vous ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ?

- Connaissez vous la pair-aidance ? avez vous déjà travaillé avec un pair-aidant ?
- Que pensez-vous de la possibilité de l'intervention d'un pair-aidant en unité d'hospitalisation fermée ?
- Plus précisément : quelles attentes auriez-vous ? Quels bénéfices pourrait apporter le pair-aidant pour les soignants / les patients ?
- Avez-vous imaginé des conditions précises d'intervention ?
- Avez-vous des réticences, des inquiétudes quant à l'intervention d'un pair-aidant dans une unité fermée ?
- Si jamais un pair-aidant pouvait être amené à travailler dans une unité fermée, quels seraient vos besoins en matière de formation/d'information/ de préparation avant sa venue ?

Grille d'entretien individuel semi directif (médecin extérieur)

- Dans quelle unité travaillez-vous ?
- Quelle préparation de l'équipe (formation, réflexion en équipe ?)et quel niveau de sensibilisation au rétablissement en amont de l'arrivée du pair-aidant ?
- Sur l'impulsion de qui un pair-aidant est-il arrivé dans le service ?
- Une fiche de poste a-t-elle été rédigée ? Si oui, à quel moment (avant ou après le recrutement) ?
- Quel recrutement ? (interne ou extérieur, quel parcours de formation pour le pair-aidant ?)
- Quelles missions pour le pair-aidant ? (participation réunion cliniques, transmissions...)
concernant la rencontre avec les patients : quelle indication, quelle pathologie ? à quel moment ? dans quels lieux ? avec ou sans soignants ? quel support (entretien individuel? médiation ?)
- Avez-vous inclus le pair-aidant dans la mise en place des directives anticipées ? plans de crises ? débriefing post isolement/contention ?
- Quel temps sur l'unité ? d'autres lieux de travail (CMP, HDJ, autre unité ?)
- Y a-t-il des temps de supervision ? Y a-t-il d'autres pairs-aidants dans l'hôpital ?
- Quels bénéfices identifiez-vous?
- Quels freins et difficultés identifiez-vous ?
- Quelles pistes d'améliorations sont envisagées ?

Cas clinique : le témoignage d'un médecin extérieur à l'établissement, ayant expérimenté le travail avec un médiateur de santé pair en unité fermée.

“Nous, notre unité est fermée, il n’y a que des soins sous contrainte, pas de soins libres chez nous, on est un secteur de ville avec des quartiers assez défavorisés, populaires avec énormément de consommations de toxiques. C’est un service de 25 patients, plutôt 29, sans plus d’effectifs soignants. Dans un secteur de ville.

La médiatrice en pair-aidance, je ne sais pas comment ça s’est fait, car le moment où elle est arrivée, c’était un moment de transition, j’étais déjà PH dans l’unité ; c’est la cheffe de pôle et la cadre supérieure qui ont monté ce projet, qui ont décidé ça, et je ne sais pas à qui elles en ont parlé, en tout cas ni moi ni mes deux autres collègues PH travaillant dans l’unité, ni le cadre ni les infirmiers

n'étaient au courant qu'elle allait arriver. Nous le problème qu'on a eu, c'est que les patients ont le droit aux visites tous les jours ; elle, on l'a croisée régulièrement mais vu qu'on ne savait pas si c'était une visite d'une famille qui venait tous les jours. Je me suis dit "je la croise souvent ça doit être une visite, personne ne me l'a présenté" jusqu'au jour où je l'ai vue à une réunion où elle est intervenue et je me suis dit "c'est bizarre qui est cette personne ?" C'est après que les infirmiers m'ont dit "c'est la médiatrice", qui était déjà là depuis quelques semaines... Personne ne nous l'avait dit. C'était une catastrophe totale. Je pense que l'ancienne responsable d'unité avait dû être au courant par la cheffe de pôle mais vu qu'elle est partie c'est moi qui est repris la suite, et je n'ai pas été tenue au courant. Les infirmiers nous ont dit "nous on ne sait pas trop ce qu'on doit faire, elle est arrivée un jour en disant bonjour je suis la médiatrice en santé pair" et voilà.

Personne ne savait ce qu'elle devait faire ni pourquoi. Elle était en cours de formation, elle commençait sa licence, donc là c'était dans le cadre d'un stage je pense, on a pas du tout été informé je ne sais pas. C'était en 2020, pendant le COVID donc les formations censées être prévues pour les soignants, les équipes n'ont pas eu lieu. Il n'empêche qu'au niveau de la hiérarchie ils auraient dû nous avertir, faire des réunions avec elle et avec nous avant. On a eu les formations après coup cette année. Une en visio l'année dernière, on avait sollicité la cheffe de pôle et la cadre sup, car ça se passait très mal, donc en visio avec la responsable de la formation des médiateurs de santé pair. Elle nous avait expliqué le principe comment ça se passait, comment c'était censé se préparer, on a pu poser toutes nos questions librement. Et là on a eu une deuxième formation dans notre hôpital, une journée, animée par une médiatrice de santé pair de Paris, qui venait avec une ergothérapeute ainsi que la formatrice des MSP. C'était une formation à destination "tous public" (médecin, infirmier, cadre...). Ils vont refaire cette formation régulièrement, ça été demandé par la cadre sup, justement pour qu'on puisse redéfinir ce qu'on va proposer à cette médiatrice vu que ça s'est très mal passé. C'était intéressant d'avoir pu discuter avec eux parce que justement c'est là qu'ils nous ont expliqué que tout ce qui avait été fait c'était ce qu'il ne fallait pas faire et que ça ne pouvait pas bien se passer vu les conditions.

Il n'y a pas eu de fiche en poste en amont, elle est arrivée du jour au lendemain, c'est la cheffe de pôle qui a décidé qu'elle vienne à l'unité fermée et vu qu'on était pas averti ni le cadre ni les médecins, à aucun moment on a pu la rencontrer en amont pour décider de qu'est ce qu'elle allait faire, qui elle allait voir, et dans quel contexte ? Ce qui fait qu'elle n'avait pas de bureau, elle était dans les couloirs , il y a une cour intérieure dans le service, où les patients ont accès, vont fumer, jouer aux cartes... souvent elle se mettait là et elle allait discuter avec les uns les autres un peu au hasard ou alors elle allait faire le tour des chambres pour se présenter. Le problème c'est que dès fois, régulièrement, elle se retrouvait à aller voir des patients peu accessibles voire agressifs, et elle

s'est fait agresser verbalement, elle s'en est pris plein la tête par les patients, et c'était assez violent, par des patients qui voulaient faire passer des messages aux médecins "dites leur de me faire sortir" "dites leur de me baisser mon traitement" "dites leur ceci, cela..." et quand elle voulait faire son approche à elle ça ne marchait pas parce que ce n'était pas des gens qu'elle aurait du voir. Le problème c'est que vu que personne n'avait pu faire un travail en amont, on avait pas pu construire le cadre avant, et nous comme on ne savait pas bien ce que c'était les médiateurs en santé pair, on ne savait pas trop quoi lui dire de faire. Elle n'a pas été préparée. Elle s'est retrouvée à faire la messagère de choses qui n'étaient pas de son ressort. Ça a dégénéré quand il y a une patiente qui a commencé à la prendre à parti, l'insulter, la menacer ; elle s'est mise en arrêt de travail.

Nous on avait déjà signalé pleins de fois, parce qu'elle allait aux transmissions avec les infirmiers, elle leur disait "je ne sais pas trop comment faire, qui aller voir" et puis nous comme on ne savait pas trop quel était son rôle, les infirmiers ne savaient pas trop quoi lui dire non plus. Elle s'est retrouvée au milieu d'un truc, ça a dû être assez terrible pour elle, en plus il y avait certains infirmiers un peu hostiles, ne sachant pas quelle était réellement son rôle, y en a qui pensait qu'elle était "la syndicaliste des patients". C'était mal compris, il y avait de l'hostilité de certains professionnels. Donc elle s'est retrouvée en arrêt. Nous on avait déjà signalé déjà plusieurs fois à la cheffe de pôle à la cadre, ils nous ont dit c'est normal c'est nouveau il faut s'adapter. Donc finalement, elle a été dans un HDJ, ça ne s'est pas bien passé non plus car il n'ont pas préparé les soignants non plus donc évidemment... Et maintenant ils l'ont déplacée dans le CMP où ça se passe mieux.

Maintenant qu'on a eu la formation, ils ont dans l'idée de la remettre à l'unité fermée, disant on va refaire les choses, repréparer bien, sauf qu'elle est tellement traumatisée : elle m'a clairement dit "dit à la cheffe de pôle de ne pas me remettre là, sinon je démissionne, je ne veux plus remettre les pieds dans ce service, c'était horrible, plus jamais." Donc j'ai fait passer le message.

Le CMP ça lui plaît elle voudrait rester.

Elle était aux réunions cliniques, elle avait accès au dossier patient, elle mettait des mots dans le dossier. Elle n'a pas participé à l'élaboration de directives anticipées, plan de crises ou débriefing post isolement / contention. Ce qu'elle essayait de travailler auprès des patients c'était l'adhésion aux traitements, que ce n'est pas une punition qu'il est nécessaire, de leur faire reformuler ce qui peut leur être dit au cours des entretiens, quels sont nos critères pour dire qu'il pourra sortir. Je pense que c'est ça qu'elle travaillait avec eux. Mais pour la plupart des patients, au moment où ils arrivaient ils n'étaient pas très accessibles et c'était compliqué pour elle. Elle allait voir autant celui qui était arrivé deux jours avant, que celui qui était là depuis 15 jours, donc forcément, celui qui vient d'arriver depuis deux jours c'était compliqué. Il aurait fallu qu'on puisse dire à la pair-aidante : untel ou untel ; en tout cas qu'elle aille voir au hasard le premier venu ce n'était pas très adapté je pense.

Elle était là deux ou trois jours par semaine. Elle était en formation en parallèle, peut être qu'ils avaient commencé à la mettre en HDJ, je ne sais pas.

Dans notre pôle il n'y avait qu'elle ; il y a d'autres pairs-aidants sur l'hôpital, surtout en réhabilitation. Il n'y a pas eu de temps de supervision, actuellement dans le CMP je ne sais pas.

Pour nous, il n'y a eu aucun bénéfice dans la mesure où l'équipe était assez hostile à sa présence car ils ne comprenaient pas ce qu'elle était censé faire, qu'elle a été mal accueillie donc je pense qu'elle ne se sentait pas à l'aise non plus ; et que finalement comme elle ne nous connaissait pas et qu'on ne la connaissait pas non plus - finalement on ne s'est jamais vraiment rencontrés- c'était très informel, nous on était très pris, c'était plus le cadre qui discutait avec elle je pense, nous on avait pas beaucoup le temps, on ne se connaissait pas ça a du être un frein aussi. Le fait qu'elle débarque dans un service où il y a beaucoup de stress où on court dans tous les sens et qu'on est pas forcément disponibles, ça n'a pas aidé, car elle ne devait pas oser.

C'est sûr que si on devait reprendre un médiateur de santé pair il ne faudrait pas que ça soit la même, il faudrait repartir sur d'autres bases ; elle car vu comment ça s'est passé ça risque d'être compliqué.

Oui déjà première chose, c'est qu'il faudrait que ses missions et son travail soient présentés à toute l'équipe qu'on comprenne quelles sont ses missions, son rôle parce qu'à partir du moment où les gens ne savaient pas ce qu'elle faisait là, c'était difficile de lui donner une place dans l'unité. Donc en premier lieu, comprendre quel est son rôle. Et qu'elle puisse rencontrer l'équipe en amont, et qu'avec le cadre, les médecins et un référent infirmier on puisse définir à l'avance qu'est ce qu'on met comme objectif, comment on décide quel patient elle va voir, dans quel contexte pour ne pas qu'elle se retrouve à aller de chambre en chambre un peu au hasard.

C'était le truc qu'il ne fallait pas faire et les patients n'ont pas compris non plus d'ailleurs. Quelque chose d'un peu plus cadré. Nous il y avait beaucoup la question de quel bénéfice on tire en unité fermée, sachant que nous il y a beaucoup de patients qui ne sont pas accessibles, et dès qu'ils vont mieux on les transfère en unité ouverte. Ils sont vraiment chez nous au moment de la crise, alors qu'est ce qu'on peut faire à ce moment là ? Il y a peut être des choses à faire quand même.

Nous ce qu'on avait discuté c'était en co animation d'un groupe de parole, où on définit à l'avance quels patients peuvent y être accessible, où on peut centrer ça sur le rétablissement sur tout ce que le médiateur peut apporter. Mais bien cibler les patients pour pas qu'elle soit mise en échec, en difficulté, avec des réactions d'agressivité qu'ils peuvent avoir quand ils sont sous contrainte et qu'ils ne sont pas d'accord d'être là. Un médiateur de santé pair à temps plein dans notre unité ça n'a pas vraiment de sens. En plus il y a beaucoup de patients déjà avec nous c'est compliqué il faudrait attendre qu'ils aillent mieux, et dès qu'ils vont mieux ils sont transférés dans l'unité ouverte, même

sous contrainte. On a très peu de place en unité fermée, on les garde pour les patients agités, à risque de fugue, d'explosion s'ils sont tendus, mais globalement l'unité ouverte, ils ont aussi beaucoup de soins sous contrainte mais qui vont un peu mieux. On s'est tous dit, même elle, que ce serait beaucoup mieux si elle intervenait là bas. Et que de temps en temps elle passe en unité fermée si besoin si c'est indiqué.

Nous il y avait un débat sur la blouse, depuis le COVID on met une blouse, la question s'est posé pour la pair-aidante, la cadre a dit "il faut qu'elle mette une blouse pour faire partie de l'équipe soignante", sauf que les patients l'ont hyper mal vécu, elle a "changé de bord" , la pair-aidante m'a dit "quand on m'a imposé la blouse ça été encore pire, car les patients l'ont vu comme une trahison".

La médiatrice s'est retrouvée à subir les décisions des uns et des autres. Je pense qu'aujourd'hui ils ont compris, on en a rajouté une couche pendant la formation en décrivant ce qui s'était passé. Ils ont précipité le truc pour donner une image de pôle moderne et en fait c'était n'importe quoi.

La notion de rétablissement, on peut avoir tendance à l'oublier quand on est dans le feu de l'action. Dans une unité de soins avec des patients en crise psychiatrique il faut que ce soit très cadré, que l'équipe comprenne, on ne peut pas laisser aller d'un patient à l'autre.

En plus nous on est une unité avec énormément de consommations de drogue, et elle se retrouvait témoin de conso, et se demandait s'il fallait qu'elle aille le dire ou pas, ça la mettait dans une situation embarrassante, car le fait qu'elle n'ait pas de bureau, qu'elle se retrouve à errer dans l'unité, témoin de deal disant qu'est ce que je fait de ça. Un peu compliqué quoi."

Titre de Thèse :

INTERVENTIONS BASÉES RÉTABLISSEMENT DANS LA CRISE
PSYCHIATRIQUE : QUELLE PLACE POUR LA PAIR-AIDANCE ?
ETUDE QUALITATIVE DE LA REPRÉSENTATION DES SOIGNANTS DANS UNE
UNITÉ FERMÉE

RÉSUMÉ

Le pair-aidant est une personne atteinte de troubles psychiques, souhaitant faire partager à d'autres patients son expérience de la maladie, des soins et du rétablissement. Des formations diplômantes, facultatives, sont proposées dans plusieurs universités françaises pour favoriser une professionnalisation du statut.

Les pairs-aidants ont d'abord œuvré dans les milieux associatifs. Actuellement, leur inclusion dans les équipes de soins hospitalières est de plus en plus questionnée. Quel est l'avis des soignants concernant l'intégration d'un travailleur pair dans leur équipe ?

Une étude qualitative a été réalisée, s'intéressant aux représentations des soignants d'une unité d'hospitalisation fermée. Quels leviers et quels freins sont identifiés à son intervention ? Quelles modalités d'organisation pratique sont imaginées ?

Les soignants identifient les apports d'un travail collaboratif à la fois en soutien de l'équipe et des patients. Les freins font référence à une inquiétude des conditions de travail dans la crise : la fragilité et la difficulté de positionnement est pointée par les soignants.

Plusieurs équipes de soins ont fait l'expérience d'une inclusion d'un pair-aidant, des recommandations précises d'intégration sont retrouvées dans la littérature.

L'inclusion d'un pair-aidant vient renforcer l'orientation des soins vers le rétablissement (plan de crise, débriefing post isolement, réflexion d'équipe...) ; des données complémentaires sont nécessaires pour valider l'efficacité et la faisabilité d'un travail conjoint en unité de crise psychiatrique.

MOTS-CLÉS

étude qualitative observationnelle, pair-aidance, médiateur de santé pair, rétablissement, crise psychiatrique, hospitalisation sous contrainte, unité fermée.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



Titre Prénom NOM

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Titre Prénom NOM

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET