

# Pairs praticiens en santé mentale

Une expérience pilote du DP-CHUV

Rapport final



Iannis McCluskey - Liliane Sticher - Susana Almeida  
Pascale Ferrari - Philippe Golay - Charles Bonsack

Section de psychiatrie sociale  
Service de psychiatrie communautaire  
Département de psychiatrie  
Centre hospitalier universitaire vaudois  
Lausanne  
2017



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Jean-Michel Kasion et Vincent Schneebeli, successivement responsables des soins du département de psychiatrie du centre hospitalier universitaire vaudois, pour leur enthousiasme et leur soutien indéfectible à ce projet, ainsi que leur rôle de président du comité de pilotage. L'engagement des membres du comité de pilotage a été précieux pour la réalisation du projet dans toutes ses composantes : superviser la réalisation clinique par Jean-Christophe Mieville, assurer les aspects ressources humaines par Angélique Fellay et gérer le financement par Muriel Baudraz. L'expérience pilote a été possible au secteur nord grâce à l'intérêt de Françoise Menu, Vincent Schneebeli et Alexia Stantzios, et par l'accompagnement bienveillant sur le terrain de Laurent Loutrel et des équipes cliniques. Au secteur centre, plusieurs unités de la section de psychiatrie sociale ont été impliquées dans le projet, avec la contribution très active des auteurs, l'encadrement de Stéphane Morandi, Christophe Menoud et Stéphane Poissonnier et l'accueil des collaborateurs de l'unité de psychiatrie mobile et de l'hôpital de jour. Enfin, nous remercions Joelle Rosselet Amoussou et ses collègues de la bibliothèque psychiatrique universitaire pour leur contribution précieuse dans la recherche bibliographique.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

<b>SOMMAIRE</b>	
<b>SOMMAIRE</b>	<b>3</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>8</b>
<b>Contexte</b>	8
<b>Objectifs</b>	8
<b>Méthode</b>	8
<b>Résultats</b>	8
<b>Recommandations</b>	9
<b>CONTEXTE DU PROJET</b>	<b>10</b>
<b>Cadre général</b>	10
<b>Objectifs</b>	11
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	11
<b>Utilité, impact et bénéfiques</b>	11
<b>Contraintes</b>	11
<b>Facteurs de succès</b>	11
<b>Risques</b>	12
<b>Impact en cas de refus du projet</b>	12
<b>MÉTHODE</b>	<b>13</b>
<b>Documentation</b>	13
<b>Consultation</b>	13
<b>Expérimentation</b>	13
<b>PHASAGE ET CALENDRIER</b>	<b>14</b>
<b>RÉSULTATS</b>	<b>16</b>
<b>Documentation</b>	16
PROFESSION	16
DIFFUSION	17
<b>Revue de la littérature</b>	19
RÉSUMÉ	19
INTRODUCTION	19
LE RÔLE DES PPSM	19
L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS DE PPSM	20
INTÉRÊTS ET LIMITES DANS UN CONTEXTE PSYCHIATRIQUE EN ÉVOLUTION	21

CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	22
<b>Recommandations internationales</b>	24
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ	24
CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE	24
CANTON DE VAUD	24
<b>Situation en Romandie</b>	25
ACCÈS À L'EMPLOI	25
INITIATIVES PERSONNELLES	26
FINANCEMENT	26
<b>Expériences en cours</b>	26
MAISON BÉTHEL	26
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS	26
CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE	27
ÉCOLE LA SOURCE	27
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS	27
LES MYOSOTIS	27
MANDATS	28
<b>Situation initiale au dp chuv</b>	28
STATUT DES PAIRS AIDANTS	28
<b>Consultation des équipes</b>	29
MÉTHODE	29
PARTICIPANTS	29
RÉSULTATS	30
<b>EXPÉRIMENTATION</b>	<b>33</b>
<b>Processus d'intégration</b>	33
CENTRE DE PSYCHIATRIE DU NORD VAUDOIS	33
HÔPITAL DE JOUR	36
CASE MANAGEMENT DE TRANSITION	37
<b>Construction d'un cadre de référence</b>	40
PRINCIPES GÉNÉRAUX	40
INTITULÉ DU POSTE	40
CAHIER DES CHARGES	40



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ENCLASSEMENT	40
EXAMEN MÉDICAL	41
ACCÈS AU DOSSIER DU PATIENT	41
INTÉGRATION DANS LES ÉQUIPES CLINIQUES	41
RÔLE DU CADRE DE PROXIMITÉ	45
INTÉGRATION DANS LA RECHERCHE	45
IMPLICATION DES DIRECTIONS ET DES DÉCIDEURS	45
<b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b>	<b>46</b>
<b>Conclusion</b>	46
<b>Recommandations</b>	46
RECOMMANDATION 1 : VOLONTÉ DE SANTÉ PUBLIQUE	46
RECOMMANDATION 2: PAIRS PRATICIENS PROFESSIONNELS	47
RECOMMANDATION 3 : MODÈLE D'ENGAGEMENT ADAPTÉ	48
RECOMMANDATION 4 : ÉVALUER LES EXPÉRIENCES	48
RECOMMANDATION 5 : MISSION DE MÉDIATION	48
RECOMMANDATION 6 : OUTILS PARTAGÉS	49
RECOMMANDATION 7 : GROUPES THÉRAPEUTIQUES	49

## RÉSUMÉ

### CONTEXTE

Les pairs praticiens en santé mentale sont des personnes ayant l'expérience d'un trouble psychique et qui peuvent contribuer comme « experts par expérience » aux services de santé mentale. En plein essor en Suisse et à l'étranger, l'activité de pair praticien se développe et se professionnalise, jusqu'à devenir une exigence dans certains services de santé mentale et pour l'obtention de subsides de recherche. En Suisse, il existe depuis peu un certificat de pair praticien en santé mentale délivré par l'ÉSP. Une première volée de pairs praticiens romands ont terminé leur formation en 2014 et créé l'association Re-pairs. Des expériences sont en cours dans diverses institutions (Genève, Vaud, Neuchâtel et Suisse alémanique).

### OBJECTIFS

Au travers d'expériences d'intégration de pairs praticiens dans des activités cliniques, les objectifs du projet sont de :

- Construire un cadre de référence et déterminer les conditions de développement de ce rôle sur un mode salarié au DP-CHUV.
- Définir le rôle, les missions et le périmètre d'intervention des pairs praticiens au sein du DP
- Identifier les apports, obstacles et risques liés à l'engagement de pairs praticiens.
- Identifier les mesures spécifiques à mettre en place pour accueillir et encadrer des pairs praticiens salariés, favoriser la collaboration avec les autres professionnels et faciliter leur intégration

Les effets attendus sont une meilleure prise en compte du point de vue des usagers dans les services de santé mentale, la recherche et l'enseignement, un rôle bénéfique dans le processus de rétablissement des patients, une diminution de la stigmatisation des problèmes de santé mentale parmi les professionnels, une clarification des conditions cadres d'engagement et d'activité des pairs praticiens.

### MÉTHODE

Trois volets :

1. Bilan de la situation actuelle des pairs praticiens dans les institutions psychiatriques
2. Revue de littérature internationale
3. Expérience pilote d'intégration de pairs praticiens dans des unités cliniques du département de psychiatrie du CHUV

### RÉSULTATS

Les résultats sont synthétisés sous la forme du présent rapport et font l'objet de recommandations. Les conclusions de ce travail portent sur trois niveaux : la politique de santé mentale, les institutions psychiatriques et les patients et professionnels concernés. Au niveau de la politique de santé mentale, les pairs praticiens participent au mouvement de démocratisation de la médecine et d'implication des patients dans les décisions qui les concernent. Au niveau institutionnel, le présent travail montre que l'intégration de pairs praticiens est faisable et construit un cadre de référence. Au niveau individuel, le premier résultat évident est la reprise d'activité professionnelle pour les pairs praticiens eux-mêmes. Plus largement, les pairs praticiens améliorent la compréhension des besoins des patients par les professionnels, augmentent l'espoir de rétablissement et diminuent la stigmatisation. Ils augmentent l'alliance thérapeutique, la décision partagée et la compréhension réciproque. Cette amélioration subjective devrait être mesurée dans le cadre d'études ultérieures.



## RECOMMANDATIONS

### **Recommandation 1**

L'intégration des pairs praticiens en santé mentale doit s'inscrire dans une volonté plus large de santé publique et des institutions publiques de promouvoir la participation des patients dans les décisions qui les concernent.

### **Recommandation 2**

Pour jouer pleinement leur rôle, les pairs praticiens doivent être des professionnels de santé pleinement intégrés dans les équipes de soins.

### **Recommandation 2.1**

Les pairs praticiens doivent être reconnus comme des auxiliaires de santé dont une partie de l'expérience professionnelle consiste en vécu de troubles psychiques et des soins psychiatriques.

### **Recommandation 2.2**

Les pairs praticiens doivent bénéficier de qualités personnelles, d'une formation initiale reconnue, de formation continue, d'une supervision des activités cliniques et faire partie d'une association de pairs praticiens.

### **Recommandation 3**

Développer un modèle d'engagement qui ne pénalise pas les employeurs qui prennent le risque d'engager des pairs praticiens en santé mentale.

### **Recommandation 4**

Poursuivre les expériences cliniques avec des pairs praticiens en les associant à des évaluations quantitatives et qualitatives rigoureuses.

### **Recommandation 5**

Focaliser la mission des pairs praticiens sur la médiation entre patients et professionnels

### **Recommandation 6**

Les outils spécifiques du pair praticien doivent être des outils partagés entre patient et professionnels tels que le plan de crise conjoint, le plan de rétablissement ou l'aide à la décision partagée.

### **Recommandation 7**

Développer des groupes thérapeutiques structurés animé par des professionnels et des pairs praticiens basés sur l'expérience internationale.

## CONTEXTE DU PROJET

Le projet d'intégration de la profession de pair praticien au sein du Département de psychiatrie du CHUV s'inscrit dans un élan cantonal, national et international vers l'implication des usagers et la valorisation de leur expertise.

## CADRE GÉNÉRAL

La tendance à impliquer les usagers dans les soins et, plus globalement, dans toutes les décisions les concernant va croissant. Elle s'inscrit dans le mouvement du rétablissement, dont le slogan "Nothing about us without us" appelle à un droit à l'auto-détermination des personnes concernées par des troubles psychiques. Plus largement, elle s'inscrit également dans le développement de la notion de « décisions partagées » en médecine, qui vise à améliorer l'utilisation optimale des services de santé. La reconnaissance du concept de pair va dans ce sens.

Un pair est un usager des services de santé mentale qui s'appuie sur son expérience de la maladie pour venir en aide à d'autres personnes en souffrance ou pour représenter les personnes concernées. Après l'Amérique du Nord il y a une quarantaine d'années, ce concept a essaimé en Europe et en Suisse, avec notamment la création du GRAAP. La plupart des projets régionaux de reconnaissance de la fonction de pair ont été couplés avec des formations certifiantes. Au-delà de la légitimité institutionnelle, ces formations ont pour objectifs de permettre aux pairs de prendre du recul et de formaliser leur vécu de la maladie ainsi que de les amener à adopter une position d'aidant, une attitude professionnelle et un regard critique. En Suisse romande, une première volée de treize pairs ont été certifiés en octobre 2014 suite à une formation à l'ÉESP, mandatée par l'association romande Pro Mente Sana et la CORAASP. Il a été décidé d'utiliser le terme de "pairs praticiens" pour désigner les pairs certifiés, afin de les distinguer des "pairs aidants", qui n'ont pas suivi de formation. En août 2014, les étudiants de cette première volée se sont constitués en association afin de défendre leurs intérêts, et notamment, promouvoir la professionnalisation de leur rôle dans le champ de la clinique, mais aussi dans des domaines aussi divers que l'enseignement, la recherche, la politique ou encore la promotion de la santé. Le Réseau romand des pairs praticiens en santé mentale, dit Re-pairs, réunit les pairs formés et les professionnels de la santé intéressés par cette activité. L'expérience d'engagements de pairs praticiens professionnels dans les services de santé mentale reste sporadique et peu documentée en Suisse romande. En 2015, des pairs praticiens sont employés à temps partiel, au DP-CHUV, au sein des Hôpitaux universitaires genevois, à la Maison Béthel, à l'École de la Source et au Centre neuchâtelois de psychiatrie. Quatre à cinq autres institutions cherchent les moyens d'en engager à leur tour. La majorité des autres pairs praticiens interviennent sporadiquement pour des associations, des Hautes Écoles, des foyers, etc. Dans ce contexte, de nombreuses questions restent à clarifier quant au(x) statut(s) professionnel(s) des pairs praticiens, aux conditions d'engagement, aux rapports avec les autres professionnels de la santé, ainsi qu'à la capacité des équipes cliniques à les intégrer.

Le projet s'intègre dans le plan de santé mentale du canton de Vaud et, notamment, du développement des projets de psychiatrie communautaire du DP-CHUV. Les projets connexes du plan stratégique sont le développement des équipes mobiles et d'intervention précoce dans le canton de Vaud, du case management pour les comorbidités à l'alcool et aux drogues, du soutien psychiatrique à l'emploi et du projet « Chez soi d'abord » pour les troubles psychiatriques sévères. Plus largement, le projet s'inscrit dans un mouvement international de participation des usagers dans les décisions de santé mentale (selon le modèle du rétablissement) et d'utilisation optimale des services de santé (avec la notion de décisions partagées).

## OBJECTIFS

L'objectif global du projet est d'améliorer les services de santé mentale en favorisant une participation accrue des usagers par l'engagement de pairs praticiens en santé mentale.

## OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Expérimenter l'intervention de pairs praticiens dans les différents domaines du DP-CHUV.
- Consulter les collaborateurs du DP et échanger avec les acteurs au niveau romand.
- Définir les rôles, les missions et le périmètre d'intervention des pairs praticiens au sein du DP
- Identifier les apports, obstacles et risques liés à l'engagement de pairs praticiens.
- Identifier les mesures spécifiques à mettre en place pour accueillir et encadrer des pairs praticiens salariés, favoriser la collaboration avec les autres professionnels et faciliter leur intégration.
- Construire un cadre de référence et déterminer les conditions de développement de ce rôle sur un mode salarié au DP.

## UTILITÉ, IMPACT ET BÉNÉFICES

L'intégration des usagers comme pairs praticiens constitue une innovation nécessaire en psychiatrie. En clinique, elle augmente la pertinence et l'adéquation des soins psychiatriques, diminue la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, favorise les décisions partagées et la relation thérapeutique et augmente l'adhésion à un projet de rétablissement. Dans l'enseignement, elle met en contact quotidien les personnes en formation avec des personnes rétablies, ce qui rappelle le potentiel de rétablissement de chacun. En recherche clinique, les pairs praticiens assurent que les objectifs de recherche et les mesures de résultats soient pertinents pour les bénéficiaires. De plus, certains fonds ou journaux valorisent fortement, voire exigent la participation d'usagers dans le processus de recherche. L'objectif du projet est d'augmenter les connaissances et compétences au DP-CHUV pour employer des pairs praticiens dans des conditions claires et équitables. Les résultats seront mesurables par l'augmentation de la qualité et de la pertinence des services, ainsi que par la satisfaction des usagers et des professionnels.

## CONTRAINTES

- Continuité des sources de financement.
- Motivation, intérêt et ouverture des équipes. Adhésion des chefs d'unité au projet.
- Disponibilité de pairs praticiens formés ayant un profil adapté.
- Obstacles à l'engagement de pairs praticiens professionnels.

## FACTEURS DE SUCCÈS

- Soutien de la direction du DP, du CHUV et du SSP.
- Implication des RH, de la direction des soins et des Services.
- Communication adéquate.
- Collaboration avec l'ESP pour l'évaluation

## RISQUES

Risque	Mesures préventives
Absence de priorité pour les services	Consultation des équipes, choix des unités appropriées et inclusion des chefs de service au projet.
Peur des professionnels. Incompréhension de la fonction par les professionnels et/ou les patients	Consultation des équipes et communication interne. Explicitation du rôle. Communication auprès des patients.
Stigmatisation et discrimination	Accompagnement des pairs et communication interne.
Manque de pairs praticiens	Approche préalable des pairs disponibles.
Isolement des pairs praticiens Difficulté à trouver leur place entre les patients et les professionnels	Accompagnement, supervision et coaching des pairs. Formation continue.

## IMPACT EN CAS DE REFUS DU PROJET

Un retard majeur du DP-CHUV dans l'intégration de pairs praticiens en santé mentale, la reconnaissance des compétences des usagers et l'implication des personnes concernées par rapport aux autres institutions psychiatriques de Suisse et d'Europe

## **MÉTHODE**

Il y a trois axes méthodologiques : la documentation, la consultation et l'expérimentation.

## **DOCUMENTATION**

Une revue de la littérature a été menée afin d'appréhender le rôle du pair praticien, ses origines et ses applications contemporaines.

## **CONSULTATION**

Des entretiens ont été menés auprès de différents acteurs du DP-CHUV, de Suisse romande et de la francophonie dans le but de connaître leur point de vue sur l'intégration de pairs praticiens dans les services de santé mentale. Quarante-six personnes ont ainsi été interviewées : cadres du DP, personnel des ressources humaines, responsables de projet de autres institutions, responsables de formations, pairs aidants non-certifiés et pairs praticiens. Des notes des points saillants ont été prises lors de chaque entretien.

## **EXPÉRIMENTATION**

Les deux pairs praticiens ont exploré un travail clinique auprès de patients, de soignants, et de l'administration. Cette expérimentation a eu lieu au sein du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, à Yverdon, ainsi que de la Section de Psychiatrie sociale, à Lausanne. Ils se sont servis d'un journal de bord afin d'explicitier et d'analyser les moteurs et freins à leur intégration au sein de l'institution. Cette méthode entre en résonance avec l'approche de la profession de pair praticien, qui se fonde sur l'expérience de l'individu.

Afin de compléter cette partie, un recueil de données a été réalisé afin de savoir le nombre de patients rencontrés, le lieu de rencontre et le niveau de formalité. De plus, un questionnaire a été soumis aux patients rencontrés, dans le but de connaître leur opinion sur les interventions. Il comportait quatre questions fermées et trois questions ouvertes.

## PHASAGE ET CALENDRIER

Le lancement de projet a été approuvé par la direction du département de psychiatrie en janvier 2016, ce qui a permis la mise en route de l'expérience d'intégration en milieu clinique. Un comité de pilotage a été constitué comprenant Jean-Michel Kaision (puis Vincent Schneebeli, responsable des soins du département de psychiatrie), Charles Bonsack (médecin chef dans le service de psychiatrie communautaire), Angélique Fellay (adjoindte à la responsable RH du département de psychiatrie) et Jean-Christophe Miéville (ICS du service de psychiatrie communautaire et du service de psychiatrie de liaison).

Un premier pair praticien, employé depuis septembre 2015 à 0.4 EPT pour participer à la collaboration du projet, a ainsi divisé son temps en deux : 0.2 EPT de soins auprès des patients et 0.2 EPT d'auto-observation, de récolte de données puis de rédaction. De manière à réaliser l'expérience au sein de différentes unités, un second pair praticien a été engagé à 0.2 EPT en 2016.

Le projet pilote s'est déroulé en plusieurs phases. Après le lancement du projet, des acteurs de Suisse romande et de francophonie ont été consultés pour faire un état des lieux, notamment les employeurs et les responsables de formation. D'autre part, la situation des pairs aidants non certifiés employés DP-CHUV a été observée afin de dresser un bilan de leurs statuts et de leurs rôles. Une revue de la littérature a été menée par un pair praticien mandaté. Un travail d'information et de sensibilisation a été conduit auprès des équipes, des cadres ainsi que du grand public. La rédaction du présent rapport constitue la dernière phase.

### PHASAGE

Phase	Début	Fin	Livrable	Date
1. Préparation du projet	06.15	12.15	1. Lancement de projet validé par la direction du DP-CHUV	12.15
2. Consultation des acteurs, sensibilisation des équipes et analyse du terrain	09.15	09.17	2. Engagement d'un pair praticien à 0.4 EPT	09.15
			3. Rencontre des acteurs romands	04.16
			4. Immersion de terrain au DP	04.16
			5. Analyse des expériences dans la recherche et l'enseignement	
			6. Journal de bord et/ou rapport d'analyse	06.16
3. Expériences pilotes d'intégration de pairs praticiens	01.16	09.17	7. Engagement d'un pair praticien à 0.2 EPT	01.16
			8. Rapport d'expériences	06.17
4. Revue de la littérature	09.15	04.16	9. Revue de la littérature	04.16

Phase	Début	Fin	Livrable	Date
5. Construction d'un cadre de référence pour l'engagement de pairs praticiens au DP-CHUV	09.15	06.16	10. Descriptif(s) de fonction, cahier des charges, enclassement, financement, etc.	06.17
6. Recherche qualitative	09.16	06.17	11. Proposition de travaux de Master	06.15
			12. Rapport de recherche	09.17
7. Communication sur le projet et la fonction	04.15	09.17	13. Plan de communication	
			14. Actions de communication	09.15
8. Bilan et recommandations			15. Rapport final soumis à la direction du DP et au CoPil Santé mentale	06.17
9. Décisions pour la pérennisation			16. Soumission au budget	06.17
			17. Décision par la direction du DP et la CoPil Santé mentale	06.17
10. Clôture du projet		09.17		09.17



## RÉSULTATS

## DOCUMENTATION

Un pair praticien est un usager des services de santé mentale qui . après avoir pris un recul suffisant sur son vécu . accomplit une formation certifiante afin d'intervenir . en tant que professionnel . dans le milieu de la psychiatrie, que ce soit dans les soins, l'enseignement, la recherche ou la gestion.

## PROFESSION

### DÉFINITION

### TERMINOLOGIE

Le terme de pair aidant désigne toutes les personnes qui aident d'autres personnes dans une situation semblable. Le terme de pair praticien en santé mentale (PPSM) se limite aux personnes qui ont pris suffisamment de recul vis-à-vis de leurs troubles et qui ont suivi une formation certifiante. Il existe un continuum allant des pairs aidants naturels (comme le *entraide de pairs* dans une unité hospitalière) aux pairs praticiens professionnels, en passant par les pairs bénévoles, les pairs engagés dans une associations, les pairs engagés dans un service dans une fonction non soignante, etc.

### INTERVENTIONS

Dans le domaine des soins, le pair praticien peut s'appuyer sur son expérience afin d'accueillir, soutenir et accompagner la personne en souffrance . ou son proche . que ce soit par des entretiens individuels ou des groupes. Il peut également enrichir les pratiques des soignants en leur apportant un regard différent ou servir d'interface entre les usagers, les proches et les soignants, dans le but de faciliter la communication et la prise de décisions partagées.

### CHAMP D'ACTION

Le champ d'action du pair praticien peut également s'ouvrir dans l'enseignement afin de présenter le point de vue d'une personne concernée dans un cours ou rapprocher les plans de formation des besoins des usagers. Dans la recherche, il peut représenter le point de vue des personnes concernées dans la *laboration des projets* ou le choix des *outcomes*. Dans la gestion, le pair praticien peut orienter l'organisation des services. Au niveau de la population, il peut orienter les politiques de la santé et du social vers une meilleure prise en considération du vécu et des droits des usagers ou communiquer auprès des différents publics de manière à *déstigmatiser l'expérience de la maladie psychique*.

## ORIGINES

La naissance de la profession de pair praticien . dans les années 90 aux États-Unis . s'inscrit dans un vaste élan pour l'implication des usagers en psychiatrie, la valorisation de leurs savoirs et la reconnaissance de la valeur économique de l'*entraide*.

## SOUTIEN MUTUEL

Le principe de soutien mutuel existe a priori depuis les origines de l'humanité . voire au-delà. Contraints de s'adapter en peu de temps à une somme d'éléments nouveaux . symptômes, diagnostic, médication, suivi, soignants, etc. . les personnes en souffrance psychique s'entraident spontanément. Ces pratiques de *pairage* n'ont commencé à se formaliser qu'à partir du XIX<sup>ème</sup> siècle. La figure de Jean-Baptiste Pussin (1746 - 1811) . ancien tuberculeux devenu surveillant adjoint à Pinel et connu pour avoir employé d'anciens patients à la Salpêtrière en raison des compétences relationnelles qu'ils avaient développées grâce la maladie . illustre les prémisses de la valorisation de l'*entraide* et des compétences basées sur



l'expérience. John Thomas Perceval, dit le Fou (1803 - 1876) . qui lutte pour les droits des dits %aliénés+ et l'amélioration des conditions de vie dans les asiles (où il séjourna lui-même) . présente pour sa part le pendant politique et militant des premières luttes pour l'implications des usagers.

### GROUPES D'ENTRAIDE

En 1935, la naissance des Alcooliques Anonymes préfigure l'émergence des groupes d'entraide . un mode formalisé mais réciproque de soutien entre pairs. À la fin des années 80, Judi Chamberlin . une % survivante+ . revendique pour les usagers un droit à la parole, un accompagnement adapté à leurs besoins, davantage d'entraide et . plus que tout . de l'empowerment. Ces événements, cumulés à tant d'autres, amènent Patricia Deegan à définir, en 1990, le concept du rétablissement en psychiatrie comme « l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer, et ce dans une communauté à laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière ». (Deegan, 1988)

### PROFESSION DE PAIR

Dans la continuité du processus d'implication des usagers et de valorisation des compétences basées sur l'expérience, une première expérience d'embauche de travailleurs pairs aidants est menée au Colorado en 1986. Au vu de l'intérêt que ce nouveau type d'intervenant suscite auprès des usagers, le projet est reconduit au travers des États-Unis., devient une exigence de qualité et se diffuse largement au niveau international.

### DIFFUSION

Depuis sa création, la profession de pair praticien s'est diffusée bien au-delà des États-Unis . à commencer par les pays anglophones. Face à l'intérêt des institutions et des usagers, les formations se multiplient à présent en Europe.

### QUÉBEC

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale propose une % formation spécialisée en intervention par les pairs+ par son programme Pairs Aidants Réseau. Cette formation comptabilise dix jours de cours, six jours de stage et un séminaire d'intégration . soit un total de 119 heures de théorie et 42 heures de pratique. L'ensemble des cours sont regroupés sur deux semaines durant lesquelles les étudiants vivent ensemble. Le fait d'avoir obtenu préalablement une promesse d'embauche comme pair aidant est une condition pour se porter candidat à cette formation. Ce programme de formation est offert par la Direction générale de la formation continue de l'Université Laval et appuyé par l'École de service social. Depuis 2008, le programme Pairs Aidants Réseau a formé près de 170 personnes.

### FRANCE

En 2012, la France débute . sous l'égide du Centre Collaborateur OMS . la dite expérimentation des médiateurs de santé pairs, à Paris, Lille et Marseille. La première formation, organisée par l'Université Paris 8, consiste en un diplôme universitaire . auquel il était possible d'accéder avec un Baccalauréat ou grâce à une procédure proche de la Validation des Acquis et de l'Expérience. Sur un total de huit mois, les étudiants ont suivi 224 heures de cours en alternance avec leur stage pratique . un emploi de pair dans le milieu hospitalier. À la fin de la formation, un contrat à durée déterminée de deux ans était proposé à chaque participant. À ce jour, environ la moitié des personnes formées travaillent encore en tant que pairs. La deuxième volée de médiateurs de santé pairs . qui débutera a priori au printemps 2018 . aura des exigences académiques supérieures, puisqu'il s'agira alors d'une licence professionnelle.

Suite à cette expérimentation, le mouvement [MARSS](#) a organisé un diplôme inter-universitaire en "Pratiques Orientées autour du Rétablissement". Son objectif est de sensibiliser deux types de publics aux enjeux tant théoriques que pratiques du rétablissement :

- des professionnels en situation de soin ou d'accompagnement, idéalement en position de décider des orientations des pratiques au sein de leur équipe,
- des personnes en rétablissement souhaitant devenir des travailleurs pairs.

"MARSS propose une formation mixte, où vont intervenir des médiateurs de santé et des professionnels « classiques » français, travaillant ensemble, et pratiquant le rétablissement depuis des années. Des personnes vivant avec une labellisation psychiatrique interviendront également."

Constituée début 2016, l'Association Francophone des Médiateurs de Santé Pairs vise à réunir les pairs exerçant en tant que professionnels en France.

## BELGIQUE

En Belgique, la première formation francophone a eu lieu en 2016 à l'Université de Mons, sous le titre de « Formation universitaire à la pair-aidance, santé mentale et précarité ». Une quinzaine d'étudiants ont suivi un cursus de 186 heures . soit une journée de cours par semaine durant une année . divisé en neuf axes thématiques et cinquante-six modules. En addition, un stage pratique optionnel peut être réalisé. Bien que aucun titre scolaire ne soit actuellement exigé de la part des candidats, les responsables envisagent d'inclure le Baccalauréat parmi les pré-requis. Ce programme . agréé par le Fond Social Européen . devrait être réitéré durant cinq années consécutives, certifiant au total jusqu'à 70 pairs.

Parallèlement, d'autres établissements wallons prévoient d'organiser des formations à la pair-aidance. À ce jour, l'essentiel des pairs travaillent de façon bénévole ou selon un statut ambigu de « professionnel qualifié avec la particularité d'avoir une expérience de maladie ».

Enfin, l'association En Route œuvre pour la promotion de l'intervention par les pairs.

## SUISSE

En 2013, l'association romande Pro Mente Sana et la CORAASP mandatent l'ÉESP pour organiser la première formation de Suisse romande. Quinze participants suivent quinze jours de cours . soit 120 périodes . répartis sur douze mois ainsi qu'un stage pratique de 40 heures. Les enseignements ont débuté par les aspects théoriques, académiques et sémantiques liés au milieu de la psychiatrie (terminologie, psychopathologie, pharmacologie, etc.), puis le travail a porté sur les rôles, les fonctions et les interventions du pair praticien avant d'explorer le processus individuel de professionnalisation ainsi que celui, collectif, de création d'une nouvelle profession. À l'automne 2014, treize étudiants reçoivent leur certificat. En raison de la nouveauté de la profession en Suisse romande, les responsables de la formation ont attendu l'intégration de la première volée dans le marché de l'emploi avant de lancer un nouveau cursus.

En septembre 2016, seize nouveaux apprenants ont commencé la formation de pairs praticiens. Parmi les critères de sélection de cette volée, la représentativité collective (en termes de régions, de genres, d'âges et de parcours) a fait place à la qualité individuelle. Les enseignements ont quelque peu relayé les éléments théoriques au second plan afin de se focaliser sur les aspects pratiques des sujets abordés. La valorisation de l'expérience . personnelle et professionnelle, par les porto-folio et les bilans de compétences . a pris une place prépondérante. La durée de la formation est passée de quinze à dix-huit jours de cours, pour un total de 144 périodes. Enfin, l'importance de la pratique et du terrain a entraîné une augmentation du stage . passant de 40 à 80 heures.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

### RÉSUMÉ

La possibilité de se rétablir d'un trouble psychiatrique par exemple la schizophrénie se concrétise aujourd'hui par l'émergence de nouveaux professionnels : les pairs praticiens en santé mentale. Ces personnes ont vécu l'expérience du trouble psychiatrique et suivi une formation pour contribuer au rétablissement d'autres personnes. Cette brève revue fait le point alors qu'ils commencent à s'établir en Suisse romande. Les données indiquent que leur implication dans les soins diminue le recours aux urgences, augmente la capacité des personnes à gérer leur propre santé et le degré de satisfaction vis-à-vis des services de psychiatrie. Ils favorisent une culture de l'espoir et du rétablissement auprès des autres professionnels. Des études sont encore nécessaires pour évaluer plus précisément ces interventions complexes.

### INTRODUCTION

*« Autant que possible, tous les serviteurs, sont choisis dans la catégorie des aliénés. Ils sont largement mieux adaptés à ce travail exigeant, parce qu'ils sont en général plus doux, plus honnêtes et plus humains. »*

. Jean-Baptiste Pussin, dans une lettre de 1793 à Philippe Pinel (in Weiner 1979<sup>1</sup>)

Les pairs praticiens en santé mentale (abrégés PPSM dans ce texte) sont des personnes qui ont vécu des troubles psychiques et se sont formées, une fois suffisamment rétablies, pour soutenir le rétablissement d'autres personnes dans un rôle d'expert par expérience<sup>2</sup>. On les nomme aussi pairs aidants, médiateurs santé pairs (en France), en anglais peer support, peer support worker, peer specialist et en allemand Peer.

Le concept de PPSM prend son origine durant les années 1930s dans les mouvements usagers et les groupes de support et d'entraide tels que les alcooliques anonymes. Il s'appuie sur les valeurs de rétablissement et d'empowerment qui modèlent les services de santé mentale depuis quelques années. Le rétablissement « signifie le développement d'un nouveau sens et but dans sa vie lorsqu'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale »<sup>3</sup>. L'empowerment consiste à s'investir du pouvoir d'agir sur sa vie et de la gestion autonome de sa santé.

Cet article examine la profession de PPSM par une revue de la littérature internationale, afin d'explorer leurs rôles, efficience, ainsi que leurs intérêts et limites dans un contexte psychiatrique en évolution.

### LE RÔLE DES PPSM

Le plus souvent, les PPSM travaillent directement en relation personnelle avec les personnes concernées ou animent des groupes de soutien au rétablissement<sup>2,4</sup>. Leur rôle comprend l'encouragement à l'auto-détermination et à la responsabilité personnelle, soutenir la santé et au bien-être, retrouver l'espoir et surmonter la stigmatisation, guider dans l'utilisation des services, mieux gérer la maladie et développer les relations et les loisirs<sup>5</sup>. Des rôles moins fréquents concernent des questions liées à la spiritualité, le rôle parental et les relations sentimentales. Par leur vécu de la maladie et leur chemin de rétablissement, les PPSM abordent ces questions au travers leur rôle modèle de « celui/elle qui s'en est sorti-e ». En comparaison avec d'autres professionnels, ils ont davantage d'interactions face à face et dans des lieux autres que ceux des soins classiques<sup>1</sup>.

Les PPSM sont amenés à être actifs dans les unités hospitalières et de psychiatrie communautaire, les associations usagers, la recherche en psychiatrie, la politique de la santé mentale, les programmes de prévention et la formation du personnel soignant. Ils sont précieux

à travers leur propre expérience pour des cours aux usagers, par exemple sur les outils du rétablissement ou pour développer des stratégies personnelles de gestion de la santé.

### LEFFICACITÉ DES INTERVENTIONS DE PPSM

Depuis de nombreuses années, les personnes qui vivent avec des troubles psychiques témoignent de l'importance et de la valeur essentielle du soutien de autres personnes qui ont connu des expériences similaires et à quel point cet apport est différent de celui des professionnels des soins <sup>2</sup>. Les preuves de l'efficacité du soutien apporté par des pairs restent néanmoins encore préliminaires. Les recherches qualitatives et quantitatives ont examiné quatre aspects : 1) l'efficacité clinique, 2) l'impact sur les soignants, 3) le rapport coût-bénéfice et 4) l'implémentation dans les services.

### LEFFICACITÉ CLINIQUE

Une revue systématique Cochrane conclut que les interventions des PPSM ne péjorent pas les résultats des soins et semblent diminuer le recours aux urgences, mais que les preuves d'efficacité sont encore faibles <sup>6</sup>. L'ajout de PPSM dans des équipes a conduit à des résultats semblables ou meilleurs pour une variété de critères comparés à des équipes sans PPSM : améliorations du sentiment d'empowerment, de l'estime de soi et de la confiance en soi des patients, ainsi que de la santé physique et émotionnelle <sup>7</sup>; augmentation de la probabilité de stabilisation de crise <sup>8</sup>; amélioration de la satisfaction et de l'atmosphère dans les services, feedback positif des patients et de nombreux membres du staff <sup>9</sup>.

Une revue incluant des études qualitatives et quantitatives conclut que : 1) les pairs praticiens dans une pratique conventionnelle engagent efficacement les personnes dans les soins, réduisent le recours aux urgences et à l'hospitalisation et réduisent la consommation de substances ; 2) en dévoilant positivement leur condition, ils représentent un modèle pour les patients et une source « d'empathie immédiate » par le partage d'expériences communes ; 3) ils augmentent les sentiments d'espoir, de capacité à réaliser des changements et à gérer sa propre santé ; 4) ils améliorent le sentiment d'appartenir à la communauté et la satisfaction dans différents domaines de la vie ; et 5) ils diminuent le niveau de dépression et de psychose <sup>1</sup>.

Le rapport qualitatif particulier des PPSM peut être résumé en trois éléments :

- 1) le rapport d'espoir en montrant qu'il est possible d'évoluer de la position de victime à celle de héros de son propre parcours ;
- 2) le partage de stratégies pour gérer les difficultés de santé et dans la vie quotidienne à partir de l'expérience vécue, pour combattre la stigmatisation et la discrimination, pour surmonter les traumatismes, et pour guider dans les services d'aide existants ;
- 3) la relation privilégiée avec le patient. Cette relation est caractérisée par la confiance, l'acceptation, la compréhension et l'empathie.

Le PPSM peut en particulier « lire » un-e patient-e parce qu'il a été dans les « mêmes souliers ». Un patient dit :

*« Oui, c'est bien de savoir ça, c'est comme d'avoir quelqu'un à qui se confier, vous vous trouvez sur le même bateau, elle a été déprimée, sans abri, avec un problème de drogue. Et c'est là où j'en étais [õ ] elle a une voiture, elle a son propre appartement, et je suis en train de construire ces choses, c'est juste, vous savez, quelqu'un qui sait vraiment. » <sup>1</sup>*

Les PPSM peuvent se permettre de plus grandes attentes et de demander davantage aux patients, car ils savent intimement qu'il est possible de se rétablir mais que cela demande un dur travail pour y parvenir. Par exemple, un PPSM peut dire : « je sais à quel point vous vous sentez sans espoir actuellement, mais je sais aussi que vous pouvez travailler pour une vie meilleure »<sup>1</sup>. Au cours d'une relation de confiance, les pairs aidants et les personnes aidées sont en mesure de surmonter leur divergence d'opinion dans un climat de respect même

lorsqu'elles se trouvent en conflit. Ce contexte leur permet de s'engager dans des comportements d'entraide [6] allant au-delà des perceptions centrées sur le handicap et le diagnostic<sup>10</sup>.

Les interventions des PPSM ont également un impact pour eux-mêmes. Salzer et coll<sup>11</sup> rapportent une augmentation significative de l'emploi, des bénéfices personnels « immenses » vers leur propre rétablissement, ainsi qu'une diminution statistiquement significative du taux de fréquentation des services de crise et des hospitalisations.

### **L'EFFET SUR LES SOIGNANTS**

Le PPSM peut aussi servir un allié utile pour les équipes. Un soignant dit :

« Nous avons quelquefois l'impression que nous imposons des choses aux gens et sommes trop paternalistes par rapport aux décisions que nous prenons [6] mais avoir un usager parmi le staff nous ramène à la réalité et en quelque sorte nous ouvre un peu les yeux parce que lorsque vous travaillez vous avez de merveilleuses idées de ce qui est bon pour les gens mais cela peut ne pas être la réalité de la situation et nous pouvons vérifier avec notre pair du staff »<sup>12</sup>

Un autre témoigne :

C'est la preuve vivante que tout n'est pas perdu puisque lui ou elle se sont rétablis et ont réussis à être suffisamment autonome pour obtenir un travail. »<sup>12</sup>

### **LE RAPPORT COÛT-BÉNÉFICE**

Une compilation de six études sur le rapport entre l'engagement de PPSM et l'hospitalisation conclut que le bénéfice financier d'employer des PPSM excède les coûts, dans certains cas par une marge substantielle<sup>13</sup>.

### **L'IMPLEMENTATION DES PPSM DANS LES SERVICES**

Des questions cruciales pour l'implémentation des PPSM concernent la clarification de leurs rôles et une définition précise de leur cahier des charges dans les équipes, des stratégies organisationnelles de soutien et de formation ainsi qu'une supervision adéquate. L'implémentation des PPSM dans des services de psychiatrie conventionnels est facilitée par les mesures suivantes<sup>1</sup> : une description claire de leur rôle et un soutien par tous les décideurs (administrateurs de services, superviseurs et collègues potentiels) ; des définitions adéquates des compétences attendues ; l'identification et la mise en valeur de leurs contributions spécifiques ; enfin, les PPSM doivent être formés à la communication de l'expérience vécue, être capables de mettre des limites et de prendre soin de soi, et trouver la manière d'être à la fois authentique, engagés personnellement et professionnels dans leur activité.

### **INTÉRÊTS ET LIMITES DANS UN CONTEXTE PSYCHIATRIQUE EN ÉVOLUTION**

D'une part, la convention du droit des handicapés et les concepts de rétablissement, d'empowerment et de décision partagée appellent à redonner le pouvoir sur leur vie aux personnes concernées et à envisager « une vie dans la communauté pour tous » au-delà de la question de la disparition ou non des symptômes<sup>14</sup>.

La bonne intégration des PPSM peut être freinée par la difficulté pour les équipes d'accepter ces nouveaux professionnels, qui peuvent craindre la venue d'un « malade de plus dont il faudra s'occuper »<sup>15</sup>. Une description peu précise des fonctions des PPSM et des attentes de la part de l'employeur et des équipes tendent en outre à péjorer les résultats de leurs prestations<sup>16</sup>.

Contrairement aux professionnels pour qui le rôle des PPSM reste peu clair et fortement lié à leur personnalité individuelle, les patients perçoivent et décrivent clairement le travail des pairs praticiens avec eux<sup>17</sup>. Les PPSM sont le plus utiles lorsqu'ils peuvent jouer un rôle de modèle, fonctionner comme porteur authentique de leur expérience vécue<sup>18</sup>. Professionnaliser le rôle de



pair praticien suppose de clarifier les rôles et les missions, mais nécessite aussi de maintenir les conditions pour s'appuyer sur leur expérience vécue. De manière analogue à certaines formes de psychothérapie, il est nécessaire d'acquérir un certain recul sur soi-même, à l'aide d'une supervision et d'une formation continue adéquates. Pour une institution, accepter l'intervention de pairs praticiens nécessite de développer une structure organisationnelle de soutien et de valoriser les ingrédients essentiels des pairs praticiens<sup>15</sup>. Parfois, des modifications organisationnelles sont nécessaires pour palier à certains troubles résiduels chez les PPSM, sans toutefois nécessiter de coûts supplémentaires<sup>19</sup>.

Au niveau institutionnel, un défi est de maintenir à long terme les pairs praticiens dans un rôle de médiateur entre patients et professionnels. Maintenus à l'écart dans un rôle périphérique, ils n'auront pas de véritable impact sur la culture des soins<sup>18</sup>; à l'inverse, trop proches des autres soignants, ils pourraient être instrumentalisés par exemple pour favoriser l'adhésion au traitement. Enfin, des solutions doivent être trouvées pour assurer le risque accru de maladie ou d'invalidité dans l'engagement de PPSM.

## CONCLUSION

Les évaluations en Suisse alémanique ont montré que l'accompagnement par des PPSM présente une plus value à la fois pour la personne atteinte de troubles psychiques et pour l'employeur<sup>20</sup>. Dans l'état actuel des connaissances, engager des pairs praticiens procède néanmoins d'un acte de conviction sur les valeurs de partenariat, d'empowerment et de rétablissement. Pour certaines institutions orientées vers le rétablissement, c'est un développement naturel, hautement acceptable et évident. Pour les décideurs néanmoins, seul un déplacement d'une perception comme étant « sympa mais pas essentiel » vers une volonté de donner à ce travail un rôle central à maintenir à long terme permettra aux PPSM de développer leur plein potentiel<sup>2</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
2. Gordon J, Bradstreet S. So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World j* 2015;5:160-6.
3. Stotland NL, Mattson MG, Bergeson S. The recovery concept: clinician and consumer perspectives.[Erratum appears in *J Psychiatr Pract.* 2008 Nov;14(6):411]. *Journal of Psychiatric Practice* 2008;14 Suppl 2:45-54.
4. Jacobson N, Trojanowski L, Dewa CS. What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research* 2012;12:205.
5. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskiy E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatric Services* 2010;61:520-3.
6. Pitt V, Lowe D, Hill S, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;3:CD004807.
7. Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *Journal of Psychiatric Research* 2017;84:80-9.
8. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal* 2011;47:106-12.
9. Lacroix A, Degano-Kieser L, Utschakowski J, Gonther U, Eikmeier G. Improved atmosphere - Peer support in all psychiatric wards. *Nervenheilkunde* 2015;34:245-8.
10. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001;25:134-41.

11. Salzer MS, Darr N, Calhoun G, et al. Benefits of working as a certified peer specialist: results from a statewide survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2013;36:219-21.
12. Gillard SG, Edwards C, Gibson SL, Owen K, Wright C. Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research* 2013;13:188.
13. Trachtenberg M, Parsonage M, Shepherd G, Boardman J. Peer support in mental health care: is it good value for money? London, UK: Centre for Mental Health; 2013.
14. Health PsNFCoM. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report. Rockville, MD: DHHS Pub. No. SMA-03-3832; 2003.
15. Mahlke CI, Kramer UM, Becker T, Bock T. Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry* 2014;27:276-81.
16. Hegedus A, Seidel E, Steinauer R. Participants' employment status and experiences in the year after the Experienced Involvement training. *Int J Soc Psychiatry* 2016.
17. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health & Social Care in the Community* 2014;22:104-12.
18. Rebeiro Gruhl KL, LaCarte S, Calixte S. Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health* 2015.
19. Castelein S, Bruggeman R, Van Busschbach JT, et al. The effectiveness of peer support groups in psychosis: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008;118:64-72.
20. Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, Schusterschitz C. Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *Psychiatric Quarterly* 2012;83:209-20

## RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

Un nombre croissant d'institutions et d'États recommandent l'implication des usagers en santé mentale et l'intégration de la profession de pair praticien.

## ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Organisation mondiale de la santé inclut, à son Plan d'action pour la santé mentale, le principe : %Autonomisation des personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux<sup>1</sup> :

## CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE

Le Conseil fédéral s'est fixé pour objectif de « renforcer les droits des patients et des assurés »<sup>2</sup>

« Le être humain doit être au centre de la politique de la santé. [õ ] Il faut donner aux patients toute leur place dans la relation avec le personnel soignant, une place fondée sur l'égalité et l'autodétermination. »

« Prise en compte accrue des patients et des assurés dans les processus relatifs à la politique de la santé (grâce à la participation par le biais de représentants par exemple). »

La Politique Nationale suisse de la Santé<sup>3</sup> a, quant à elle, établi la cible suivante :

« Les assurés et patients se voient confier de nouveaux rôles en matière de responsabilité individuelle et de participation, que ce soit pour leur propre santé et maladie mais aussi en ce qui concerne les institutions et le système de santé. Cette implication accrue des personnes concernées au niveau de la relation thérapeutique, de l'organisation des institutions et de la planification est indispensable. [õ ]

Afin que les (ex-)patients puissent assumer ces nouveaux rôles, il faut que les assurés, les organisations de patients et les professionnels ainsi que les organes dirigeants des services de santé y soient préparés. »

## CANTON DE VAUD

Le projet s'intègre dans le Plan de santé mentale du canton de Vaud et, notamment, du développement des projets de psychiatrie communautaire du DP-CHUV. Les projets connexes du Plan stratégique sont le développement des équipes mobiles et d'intervention précoce dans le canton de Vaud, du case management pour les comorbidités à l'alcool et aux drogues, du soutien psychiatrique à l'emploi et du projet « Chez soi d'abord » pour les troubles psychiatriques sévères.

Le rapport de J. Antille et C. Resplendino pour la Filière vaudoise de hébergement psychiatrique<sup>4</sup> souligne l'importance de y intégrer la profession de pair praticien :

« À ne pas douter ces pairs apporteront une contribution dans les milieux professionnels pour explorer les améliorations alternatives ou contribuer à la formation des professionnels. Il pourrait être intéressant, dans un deuxième temps, de associer ce type de compétences dans le dispositif d'orientation et de coordination.

<sup>1</sup> Plan d'action pour la santé mentale 2013 - 2020. Organisation Mondiale pour la Santé, 2013, p. 11.

<sup>2</sup> Politique de la santé : Les priorités du Conseil fédéral. Santé 2020, Confédération Helvétique, 2013, p. 10.

<sup>3</sup> Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Politique Nationale suisse de la Santé . Santé psychique, 2004, p. 88.

<sup>4</sup> Antille, J., & Resplendino, C. (2013). Constitution d'une filière de psychiatrie adulte pour l'hébergement et l'accompagnement médico-social et socio-éducatif, 93.





**PDF Complete**

Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

« Encourager la formation de pair-aidants pour les usagers stabilisés et les intégrer au sein des diverses structures. »

Bien qu'elle ne soit pas mentionnée explicitement, l'intégration des pairs praticiens correspond à plusieurs recommandations du Plan stratégique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, notamment l'amélioration de « La réponse aux attentes de nos patients et de leurs familles » :

« Les patients et leurs proches ont davantage d'attentes face aux soins qui leurs sont prodigués, à la communication avec les soignants, et à la qualité de l'information reçue. Mieux informés, ils demandent à être plus impliqués dans leurs traitements. »

Plus spécifiquement, elle répond aux objectifs de « poursuivre l'information et la participation des patients aux soins », « développer une politique et une culture d'accueil des patients et des proches » et « publier de manière intelligible et transparente pour le grand public des indicateurs cliniques ».<sup>5</sup>

## CONSULTATION DES ACTEURS

Afin de représenter l'émergence de la profession de pair praticien en Suisse romande, les principaux acteurs ont été consultés. D'une part, l'expérience des pairs formés entre 2013 et 2014 a été recueillie de plusieurs façons : des entretiens formels ont eu lieu, le contenu de certaines présentations publiques ont été collectés et un sondage a été réalisé auprès des membres du réseau Re-pairs. D'autre part, les responsables de chaque projet institutionnel ont été rencontrés lors d'entretiens abordant notamment le processus administratif, les conditions financières, les enjeux de ressources humaines, l'accueil par l'équipe ainsi que les possibles craintes ou préjugés.

## SITUATION EN ROMANDIE

### ACCÈS À L'EMPLOI

Le réseau professionnel et le soutien social sont les principaux facteurs facilitant l'accès à un emploi. Les enjeux liés à une rente invalidité et les démarches administratives représentent les freins majeurs.

Lors d'un sondage réalisé par le réseau Re-pairs en janvier 2016, les pairs praticiens ont considéré que les principaux facteurs ayant facilité leur recherche d'emploi étaient les contacts professionnels créés durant la formation, le soutien des partenaires de la formation (Pro Mente Sana, CORAASP et ÉESP) ainsi que le soutien par des proches ou des professionnels. À l'inverse, les freins majeurs identifiés par les treize pairs sondés étaient la crainte de perdre tout ou partie de leur rente invalidité, le manque de soutien logistique (démarches administratives, documents modèles, etc.) et l'évident manque d'employeurs potentiels.

Par ailleurs, la capacité d'adopter une posture d'aidant . impliquant une prise de recul et une attitude professionnelle . semble un facteur primordial. Or, certains pairs ont a priori conservé leur rôle de patient . soigné plutôt que soignant. D'autre part, la situation géographique et la mobilité ont un rôle non négligeable. En raison des disparités cantonales, trois pairs ont accepté de faire les trajets depuis le Valais et Neuchâtel jusqu'à la région lausannoise pour accéder à un poste. L'incapacité de répondre à une telle condition est un désavantage notable. De plus, un âge avancé peut se poser comme une embûche à la profession de pair praticien. Enfin, la condition physique et la santé mentale influent . comme pour tout être humain . sur la situation socio-professionnelle de chaque pair praticien.

<sup>5</sup> Plan stratégique 2014 - 2018. Le savoir au service du patient. Direction générale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, p. 30.

### INITIATIVES PERSONNELLES

Généralement, l'initiative vient d'une seule personne qui convainc d'abord la direction, puis les cadres et l'équipe avant de faire un "test in vivo" pour voir si ça touche les usagers. Aucun des projets en cours n'a été initié par les usagers.

### FINANCEMENT

Tous les postes de pairs praticiens en Suisse romande sont à ce jour financés par des fonds d'employeurs convaincus que cette profession a un rôle à jouer en psychiatrie. Tous espèrent que les prestations des pairs praticiens soient reconnues dans un futur proche par les assurances ou comme des prestations d'intérêt général. Mis-à-part le fait de contraindre les employeurs à puiser dans leurs réserves pour offrir aux patients des prestations, cette situation précarise les pairs praticiens à plusieurs titres : seuls les employeurs portés par une foi inconditionnelle osent créer de tels postes, les taux d'activité sont limités à de faibles pourcentages, et la pérennité de chaque contrat dépend de l'élan de l'institution ou de ses réserves financières. Les projets ne sont pas portés que par des structures universitaires mais aussi par des institutions de petite taille. Le désir de nombreuses institutions et associations de disposer de pairs praticiens dépasse par ailleurs largement le périmètre des expériences existantes, qui sont présentées ci-après par ordre chronologique.

### EXPÉRIENCES EN COURS

Six pairs praticiens sont actuellement employés au sein de trois hôpitaux cantonaux, deux foyers et une haute école spécialisée, dans les cantons de Vaud, Genève et Neuchâtel, pour un total de 1.95 EPT.

En mars 2017, six des treize pairs praticiens certifiés lors de la première formation de Suisse romande sont employés. Parmi les sept autres personnes, deux ont dû quitter un emploi de pair en raison de difficultés personnelles, deux sont ouvertes à une opportunité de travail et trois ne recherchent pas d'emploi. Mis-à-part une personne à 80%, le taux d'activité des pairs employés varie entre 10% et 40%. Le domaine d'intervention prépondérant est la clinique, avec 5.25 postes sur 6 . pour un total de 1.35 EPT. L'enseignement et la recherche ne représentent, respectivement, que environ 0.2 et 0.4 EPT. Personne ne travaille actuellement dans le domaine de la gestion. Cependant, la plupart des pairs praticiens remplissent des mandats ponctuels d'enseignement. La diversité des milieux est équitablement représentée par 2 postes dans l'ambulatoire, 2 dans l'hébergement, 1.5 dans l'hospitalier et 0.5 dans le milieu académique. Sur le plan de la répartition géographique, le canton de Vaud est le premier lieu d'emploi . avec 4 postes sur 6 . contre un à Genève et à Neuchâtel. Cette disparité provoque notamment le déplacement de trois pairs praticiens vers la région lausannoise.

### MAISON BÉTHEL

En janvier 2015, Katia de la Baume . directrice de l'EPS Maison Béthel, situé à Blonay (Vaud) . prend en stage un pair praticien. Après une évaluation positive du stage, il est transformé . en avril . en contrat à durée indéterminée, à un taux de 25% et classifié comme un auxiliaire de santé. Son activité consiste en la co-animation hebdomadaire d'un groupe de parole thématique orienté sur le rétablissement, l'offre d'entretiens individuels formels . sur demande des résidents ou propositions des infirmiers . ainsi qu'une présence informelle parmi les résidents. En tant que membre de l'équipe, il participe aux colloques d'équipe et accède aux dossiers.

### HÔPITAUX UNIVERSITAIRES GENEVOIS

En janvier 2015, Philippe Huguelet . médecin adjoint au Département de santé mentale et psychiatrie des Hôpitaux universitaires genevois . engage deux pairs praticiens pour intervenir dans le milieu ambulatoire. Ils signent tous deux un contrat à durée déterminée d'une année, pour un taux d'activité de 15% chacun, classifiés en tant qu'aidés hospitaliers. Après quelques mois, l'un d'eux . travaillant au sein d'une équipe mobile . se voit contraint de renoncer à cet emploi en raison de difficultés psychiques. Bien que le poste soit maintenu et repourvu

quelque six mois plus tard, le pair praticien reprenant la place décida, à son tour, de ne pas poursuivre ce contrat. Malgré ces aléas, le troisième pair employé était intégrée au sein d'un centre ambulatoire où elle animait un groupe de partage qu'elle avait créé, avec le soutien de quelques infirmiers, basé sur le WRAP. Elle accompagnait également les usagers de façon individuelle et participait aux colloques hebdomadaires ainsi qu'aux présentations de situations cliniques. Une récente restructuration la cependant contrainte à transiter vers un autre centre.

### **CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE**

En octobre 2015, Emmanuelle Garnier, directrice des soins du Centre neuchâtelois de psychiatrie, engage un pair praticien, suite à une expérience concluante lors du stage inclus à la formation. Le contrat à durée déterminée, à un taux d'activité de 10%. Malgré les demandes répétées de la direction, l'employé ne souhaite pas augmenter son taux d'activité. Le projet initial était l'organisation et l'animation d'un atelier de cuisine saine pour les résidents d'un foyer. Les limites et les freins réorientent son activité vers d'autres projets, tel que la représentation d'un point de vue tiers au sein d'instances décisionnelles.

### **ÉCOLE LA SOURCE**

En juillet 2015, Jérôme Favrod, professeur responsable du Laboratoire de Santé mentale et psychiatrie de l'Institut et Haute École de la Santé La Source, engage un pair praticien dans le cadre de l'étude contrôlée randomisée du Programme Émotions Positives pour la Schizophrénie, soutenue par le Fond national pour la recherche scientifique. Ce contrat à durée déterminée, classifié en tant que collaborateur administratif, s'achève au mois de décembre. Passant de 20% à 40%, le poste s'ouvre à d'autres projets de recherche, notamment sur l'explicitation des compétences basées sur l'expérience, ainsi qu'à l'enseignement auprès des étudiants en Soins infirmiers. Alors que, durant la première année, le pair engagé a donné de multiples présentations orales au sujet de l'intégration des pairs praticiens romands lors de congrès scientifiques, la deuxième année se focalise davantage sur la rédaction et la publication d'articles.

### **CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS**

En septembre 2015, Charles Bonsack, médecin chef de la Section de psychiatrie sociale du Centre hospitalier universitaire vaudois, propose l'engagement de cette même personne dans le cadre d'un poste conjoint. Le contrat est à durée déterminée, pour un taux d'activité initial de 20% augmenté à 40% en novembre. Malgré la coordination entre les deux institutions, les conditions d'engagement diffèrent entre les deux contrats. Le début des expériences d'intégration, dès avril 2016, divise à parts égales le cahier des charges de ce pair praticien entre le suivi du projet (à Lausanne) et l'activité clinique, au sein d'une unité adulte du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (à Yverdon).

Parallèlement, la validation du projet par la direction du Département de Psychiatrie du CHUV permet la mise au concours d'un second poste de pair praticien à 20%, dédié entièrement aux soins. Malgré la candidature de plusieurs personnes domiciliées hors de Suisse romande, la procédure de sélection choisit pour ce poste un pair formé à Lausanne. En mars 2016, ce deuxième employé intègre la Section de Psychiatrie sociale. Elle interviendra durant six mois à l'Hôpital de Jour, avant d'intégrer l'équipe de psychiatrie mobile dans le but de diversifier les expériences.

### **LES MYOSOTIS**

En janvier 2016, Christophe Michel, adjoint de direction de l'EPS Les Myosotis, à Montherod (Vaud), engage un pair praticien, dans le cadre d'un projet initié début 2014, afin d'intervenir un jour par mois auprès des résidents. Lorsque cette personne a dû laisser sa place, elle fût remplacée par le pair employé à ce jour. Ce changement encouragea le responsable du projet à augmenter le taux d'activité de environ 5% à 10%. En plus de consacrer son travail de diplôme de DAS, Christophe Michel a soumis ce projet, délimité de mai à novembre, au SASH de l'État de Vaud. Celui-ci décida de le soutenir et de faire l'expérience pilote de la filière

vaudoise d'hébergement psychiatrique en matière d'intégration des pairs praticiens. Un important travail de réflexion a dès lors été mené par l'ensemble des intervenants : direction, soignants et pairs : à propos du processus d'implantation de cette nouvelle profession dans le milieu de l'hébergement : et plus spécifiquement dans leur établissement. En janvier 2017, un contrat à durée indéterminée fut conclu, à taux d'activité de 20%, classifié en auxiliaire de santé.

## MANDATS

En addition à ces six employeurs, un certain nombre d'institutions font appel à des pairs praticiens. La majorité de ces interventions appartiennent au domaine de la formation. Les Hautes Écoles Spécialisées sollicitent principalement l'intervention de pairs dans la formation des travailleurs sociaux (ÉESP, HETS-VS et HETS-FR) et des infirmiers (La Source et HEdS-FR). Le FFP mandate également des pairs pour son programme de formation continue. Dans les soins, certaines institutions telles que la Fondation de Nant ou La Maison de la Rouvraie font appel à des pairs praticiens, notamment pour l'animation de groupes de parole. Par ailleurs, certains établissements étrangers : comme le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu, à Lyon : commencent à mandater des pairs romands.

En plus de l'intérêt manifesté par plusieurs autres institutions quant à l'embauche de pairs praticiens, les principaux établissements des cantons romands encore non impliqués ont été contactés par le réseau Re-pairs. L'arrivée sur le marché de l'emploi, à l'été 2017, de la deuxième volée de pairs certifiés permettra de répondre à cette demande

## SITUATION INITIALE AU DP CHUV

### STATUT DES PAIRS AIDANTS

Les pairs aidants sont des personnes qui ont vécu des troubles de santé mentale et qui aident d'autres personnes dans la même situation. Le concept de pair aidant est large et va des personnes qui s'entraident dans une même unité de soins, font partie d'une association de patients, effectuent un travail bénévole dans une institution psychiatrique, ont une activité rémunérée dans une institution psychiatrique en utilisant leur expérience de la maladie, jusqu'au pair praticien engagé comme professionnel après une formation. Nous présentons ci-après la situation des pairs aidants rémunérés dans le département de psychiatrie, qui n'ont pas le statut ni la formation de pairs praticien.

### HÉTÉROGÉNÉITÉ DES STATUTS

Les statuts des pairs aidants dans le département de psychiatrie du CHUV est hétérogène et reste généralement précaire. L'ambiguïté de leur statut peut être ressentie comme pénible.

*Amélie<sup>6</sup> a animé un groupe de sortie, après avoir participé à un groupe semblable animé par des professionnels. Nommée "programmatrice", elle souffre du manque de clarté de son rôle entre participante et animatrice. Le groupe s'arrête après un an.*

### DIVERSITÉ DES MISSIONS

Les missions confiées aux pairs aidants sont diverses. En général, il n'y a pas de mission directe dans les soins ou de rôle de pair explicite. Le rôle de pair est à la marge du périmètre de la mission principale. Lorsque la pair aidance est mise au premier plan, la situation reste en général précaire et la mission peut changer brusquement lors de changements institutionnels.

*Marc a co animé un groupe thérapeutique avec des professionnels des soins deux fois par mois pendant quatre ans. À l'AI à 50 %, il travaille en indépendant comme formateur d'adultes et chef de projet. Le groupe s'est ensuite arrêté en raison d'une orientation de l'équipe clinique dans laquelle il travaillait.*

---

<sup>6</sup> Noms d'emprunt



Lorsque la pair aidance représente un aspect annexe, la situation professionnelle peut être plus stable, mais la dimension de pair aidance moins reconnue.

*Serge est employé AI à 50%. Il s'occupe de la gestion des repas dans une cafétéria accueillant des patients. Dans cette fonction, il encadre une petite équipe d'employés AI qui prennent les commandes et préparent la facturation. Son expérience personnelle est précieuse dans cette fonction, autant que ses compétences de maître d'apprentissage qu'il exerce dans son autre 50 %. Sa position d'ancien usager est mise en avant, mais pas trop, sans reconnaissance officielle.*

*Jean s'occupe de la valorisation d'œuvres de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Il ne met pas en avant son expérience personnelle, mais l'utilise dans son activité de galeriste et dans la gestion d'une petite équipe d'employés AI.*

### **CADRE INSTITUTIONNEL**

Le cadre institutionnel du rôle de pair aidant des personnes rémunérée dans le département de psychiatrie n'est pas clair et dépend directement des collaborateurs en charge du pair et de la personnalité du pair. Il n'y a en général pas d'accès au dossier, ni d'intégration à l'équipe soignante.

*Louise est gestionnaire de dossiers dans une petite équipe clinique dont elle s'occupe du site Internet. Après avoir été co animatrice dans le groupe auquel elle avait participé auparavant comme patiente. Après un changement de responsable, elle doit se tenir à distance des patients et ne participe pas aux discussions d'équipe. Elle a l'impression qu'elle est devenue une main-d'œuvre bon marché, et que son expérience de paire est maintenant ignorée.*

### **CONSULTATION DES ÉQUIPES**

L'accueil des équipes et des cadres de terrain, leur adhésion au projet étant un point crucial de l'intégration des pairs praticiens en santé mentale, une enquête a été réalisée au sein de plusieurs unités du Département de psychiatrie du CHUV avant le début de l'activité clinique du pair praticien. L'enquête a été réalisée par le pair praticien lui-même, par des visites auprès des cadres et des équipes dans une large palette d'unités du Département de psychiatrie.

Même si l'utilité de l'engagement de pairs praticiens paraît aujourd'hui évidente après l'expérience pilote, et après des visites à l'étranger de services qui engagent des pairs praticiens plus avancés dans cette pratique, beaucoup de questions ont été soulevées au départ. Le projet a d'abord été porté par le directeur des soins du Département de psychiatrie et le responsable de la section de psychiatrie sociale du Service de psychiatrie communautaire, appuyés par la direction RH du Département de psychiatrie du CHUV. La direction du Département de psychiatrie et la direction générale du CHUV ont montré de l'intérêt mais également des inquiétudes par rapport au mode de financement. Au terme du projet, il y a un souhait déterminé des responsables du Service de psychiatrie générale et du Service de psychiatrie communautaire ainsi que du directeur des soins du DP de développer la fonction de pair praticien dans le Département de psychiatrie.

### **MÉTHODE**

Une sélection de responsables et de collaborateurs de terrain d'une large palette d'unités du Département de psychiatrie du CHUV a été interrogée sur les thèmes de l'ouverture vis-à-vis de la fonction de pair praticien, les missions, la délimitation avec les autres professionnels et les opportunités et risques, et les limites d'une telle activité.

### **PARTICIPANTS**

26 infirmiers, médecins, psychologues, collaborateurs socio-éducatifs dans les domaines de la clinique (21), de la gestion (3) et de la recherche (2). Les urgences du Service de psychiatrie de liaison, le Service de psychiatrie communautaire, le Service de psychiatrie générale et le

secteur nord ont été inclus dans l'enquête avec les divers types de activités d'urgences, d'hospitalisations, de consultations ambulatoires, d'hôpital de jour, de équipes mobiles et de réhabilitation.

## RÉSULTATS

### OUVERTURE

Globalement, on observe une curiosité, mais aussi une grande méconnaissance du rôle de pair praticien en santé mentale. Aucune équipe n'a d'expérience avec des pairs praticiens professionnels.

*« Quelle serait la plus-value ? Ce n'est pas clair mais intéressant. Autant en clinique qu'en recherche. »*

. Chercheur, Section de psychiatrie sociale

D'autres équipes sont plus réticentes, ne voient pas les pairs praticiens comme une priorité et mettent en avant de nombreux obstacles comme le temps de travail partiel ou la difficulté à les encadrer.

*« C'est le taux bas de activité qui pose le plus de problèmes. Ça rend l'inscription dans une équipe compliquée. »*

. Infirmière, Section de psychiatrie sociale

### MISSION

Certains ont une connaissance des rôles et des missions des pairs praticiens par les articles scientifiques, notamment dans le domaine des équipes mobiles, du soutien à l'emploi et des psychoses débutantes. Sans avoir d'expérience propre, ils sont convaincus de l'intérêt des pairs praticiens, par leurs lectures ou par des visites dans des services qui engagent des pairs praticiens professionnels.

*« Un pair praticien serait utile. Il ferait partie de l'équipe et aurait un rôle pour faciliter les soins et l'emploi, peut-être en évaluant les ressources et les difficultés de la personne, ou en motivant leur engagement. Il faut de la flexibilité, de la sensibilité et des compétences cliniques. C'est documenté scientifiquement, les pairs dans le soutien individuel à l'emploi ou dans les équipes de psychiatrie mobiles. »*

. Psychiatre, Section de psychiatrie sociale

D'autres font référence à des pairs aidants déjà engagés dans certaines unités.

*« Par le passé, il existait des groupes de pairs pour l'injection de héroïne. »*

. Psychiatre, Section d'addictologie

D'autres font encore référence à des besoins particuliers du service, comme l'accueil, ou l'accompagnement des personnes.

*« Je verrais plutôt des pairs praticiens en milieu hospitalier, auprès de personnes isolées pour les accompagner dans les tâches quotidiennes, comme aller chez le coiffeur, passer à son domicile, sortir. Le pair serait plus sensible à ces problèmes, on se confierait davantage à lui. Il aurait aussi plus de temps qu'un professionnel. »*

. Infirmière, Section de psychiatrie

### DÉLIMITATION DES RÔLES

La plupart des collaborateurs interrogés distingue clairement le rôle du pair praticien du rôle de soignant : le pair praticien est un médiateur, un traducteur qui fait un pont entre les patients et les soignants.

« Il serait un médiateur ou un facilitateur et non un soignant. »

. Infirmière, Section de psychiatrie sociale

Le rôle modèle de rétablissement, d'espoir est mis en avant.

« Le pair praticien pourrait amener un regard externe. Il pourrait aussi donner l'exemple de s'en sortir de la maladie. »

. Maître socio-professionnel, Section de psychiatrie sociale

L'engagement personnel du pair praticien est mis en avant, alors que son rôle professionnel paraît moins clair, voire réduit à des tâches restreintes en fonction d'une expérience antérieure de pairs aidants.

« Le pair praticien ne devrait pas avoir un rôle de soignant formel dans les ateliers. Il devrait faire le même travail que les autres usagers et accompagner les gens de manière informelle. Il y a déjà un pair aidant engagé par les Ateliers. »

. Maître socio-professionnel, Section de psychiatrie sociale

« Je verrais plutôt des pairs praticiens en milieu hospitalier, auprès de personnes isolées pour les accompagner dans les tâches quotidiennes, comme aller chez le coiffeur, passer à son domicile, sortir. Le pair serait plus sensible à ces problèmes, on se confierait davantage à lui. Il aurait aussi plus de temps qu'un professionnel. »

. Infirmière, Section de psychiatrie sociale

## RÔLE VIS-À-VIS DES AUTRES PROFESSIONNELS

Certains collaborateurs soulignent la nécessité de continuer à déstigmatiser les troubles mentaux auprès des professionnels

« Je trouverais très utile de solliciter d'anciens patients qui s'en sont sortis pour revenir montrer et expliquer aux soignants et aux patients actuels que le rétablissement est possible. »

. Ergothérapeute, Section de psychiatrie sociale

Le pair praticien pourrait également mieux comprendre et expliquer les attentes et les besoins des personnes, après avoir vécu des situations semblables.

« Un pair praticien pourrait agir pour que les professionnels comprennent au mieux les situations et les problématiques des usagers. »

. Infirmière stagiaire, Section de psychiatrie sociale

Enfin, les pairs praticiens pourraient participer à la formation pré-graduée, post-graduée et continue des professionnels. Dans le domaine de la recherche, l'intérêt est marqué pour mieux cibler les questions de recherche et les mesures de résultats sur les valeurs et les besoins des personnes.

« Nous avons invité des pairs praticiens formés et en formation dans le cadre du séminaire de recherche, après avoir invité des membres du GRAAP. C'est une expérience fantastique qui nous a conduits à intégrer les pairs de plus en plus tôt dans le processus de recherche. Maintenant, nous sommes en train de développer une échelle d'auto-stigmatisation avec eux. »

. Psychiatre, Section de psychiatrie sociale

### QUESTIONS OUVERTES

Certaines questions sont restées ouvertes dans la discussion avec les collaborateurs du Département de psychiatrie. Par exemple, faut-il que les pairs praticiens en santé mentale soient des spécialistes ou des généralistes ? Tous les pairs praticiens ont des compétences générales concernant les soins en psychiatrie, l'hospitalisation, la gestion des traitements, la décision partagée et l'expérience du rétablissement. Par contre, certaines questions pourraient nécessiter une expérience spécifique comme les abus de substances ou la psychose débutante.

La question de la durée de vie professionnelle d'un pair praticien a aussi été évoquée. N'est-ce pas une manière de figer la personne dans le rôle d'un malade à vie ? Faut-il que ce rôle débouche sur d'autres choses avec des formations complémentaires ?

### DANS LES SERVICES

Dans le Service de psychiatrie communautaire, toutes les unités sont sensibles au modèle du rétablissement qui promeut l'engagement de pairs praticiens comme une évidence. De ce fait, les professionnels ont beaucoup de curiosité et d'ouverture, notamment lorsque la littérature préconise clairement l'engagement d'un pair praticien dans les services dont ils s'occupent. Certaines équipes comme la psychiatrie mobile ou le soutien à l'emploi attendent une véritable plus-value des pairs praticiens. Une expérience antérieure avec des pairs aidants peut être rassurante, mais peut aussi constituer un frein pour imaginer un rôle différent, plus professionnel, des pairs praticiens.

Les attitudes sont plus contrastées initialement dans les services hospitaliers. Pour certains, l'intégration de pairs praticiens n'est pas considérée comme prioritaire, voire comme une source de complication. Des obstacles organisationnels tels que le faible taux d'activité sont mis en avant. Pour d'autres, il existe une curiosité et une ouverture qui les rend prêts à faire l'expérience du pair praticien en milieu hospitalier. Pour les services d'urgence et de crise, l'intérêt est marqué pour les pairs praticiens, avec des attentes précises. Les pairs praticiens pourraient rencontrer des suicidants, améliorer l'alliance thérapeutique, dédramatiser les premières crises et peut-être même créer un groupe d'entraide.



## EXPÉRIMENTATION

Afin d'expérimenter l'intégration de pairs praticiens au sein du DP-CHUV, deux pairs ont été engagés, notamment pour un travail clinique. Plusieurs outils ont été utilisés pour suivre et analyser ce travail : un journal de bord, un recueil des données qualitatives et un questionnaire auprès des usagers. Un aspect important de ce travail était l'auto-observation.

Ce chapitre répond aux cinq objectifs spécifiques suivants :

- Expérimenter l'intervention de pairs praticiens.
- Définir les rôles, les missions et le périmètre d'intervention.
- Identifier les apports, obstacles et risques liés à l'engagement de pairs praticiens.
- Identifier les mesures spécifiques à mettre en place pour accueillir et encadrer des pairs praticiens salariés, favoriser la collaboration avec les autres professionnels et faciliter leur intégration.

Construire un cadre de référence et déterminer les conditions de développement de ce rôle sur un mode salarié au DP.

## PROCESSUS D'INTÉGRATION

Pour expérimenter l'intervention des pairs praticiens, trois lieux ont été choisis : le Centre de psychiatrie du nord vaudois, l'Hôpital de jour de Cery et le Case management de transition de la Section de psychiatrie sociale.

Le terrain a été préparé par une série d'interventions auprès des cadres. La profession de pair praticien était ainsi connue de certains d'entre eux au moment de l'intégration des deux pairs dans des unités de soins. Le choix des lieux d'intégration a été décidé par le comité de pilotage en concertation avec les équipes. Les pairs praticiens ont été accompagnés et supervisés sur le terrain par les cadres infirmiers de proximité, avec un retour régulier au comité de pilotage.

## CENTRE DE PSYCHIATRIE DU NORD VAUDOIS

Des rencontres ont eu lieu avec le responsable des soins du CPNVD pour préparer l'intervention d'un pair praticien. Le CPNVD voyait dans ce projet l'occasion de développer l'espace communautaire de l'hôpital. L'équipe de projet avait pour objectif d'axer les interventions sur la thématique de la décision partagée par rapport à la contrainte. Ces deux visions ont été intégrées au document décrivant les tâches à réaliser par le pair praticien<sup>7</sup>. Ce document a été élaboré pour répondre à la demande du CPNVD de définir un cadre précis. En conséquence, le pair praticien avait deux rôles à jouer pour remplir ces deux objectifs.

Le directeur des soins a présenté le pair praticien lors du colloque des cadres puis l'a introduit brièvement à l'équipe soignante présente. Deux semaines plus tard, l'intervention a débuté à raison de deux demi-journées par semaine.

## DOCUMENTS ET OUTILS

La question de l'accès au dossier du patient a fait l'objet d'une discussion. Initialement, il n'était pas prévu que le pair praticien accède au dossier du patient, considérant que ces informations ne lui étaient pas utiles et risquaient au contraire de le détourner d'une relation de pairs. Il s'est avéré rapidement que pour participer au travail d'équipe et jouer pleinement son rôle deauxiliaire de santé, le partage bilatéral d'informations était absolument essentiel. Ce principe a donc été rapidement revu.

D'autre part, il était prévu que le pair praticien use d'outils permettant de faciliter la prise de décisions partagées et le partenariat soignant soigné. Il a ainsi recouru au Plan de crise conjoint

---

<sup>7</sup> Voir annexe.

. outil utilisé et étudié au Département de psychiatrie du CHUV. Pour ce faire, il a d'abord consulté plusieurs cliniciens l'ayant étudié et utilisé pour en comprendre le sens. Il a ensuite brièvement parcouru la littérature scientifique en la matière. Cependant, il a rapidement ressenti le besoin d'expérimenter cet outil dans la pratique afin d'en saisir pleinement le potentiel et les limites. Il a donc commencé par remplir son propre plan de crise. Cela fait, il a commencé à l'utiliser auprès de patients en fin d'hospitalisation . tout en précisant à chacun qu'il manquait d'expérience et qu'il était ouvert aux propositions . ce qui a permis des échanges fructueux sur les stratégies personnelles d'adaptation.

Peu de temps plus tard, le pair praticien a souhaité intégrer à sa pratique un autre outil permettant d'encourager la réappropriation du pouvoir d'agir par les patients. Il avait constaté que, lors de ses entretiens avec les patients, l'une des difficultés majeures était de donner du sens à un séjour en hôpital psychiatrique et, par conséquent, à avoir un quelconque projet pour celui-ci.<sup>8</sup>

Un document décrivant un projet de soins pour chaque patient existait déjà, il était rédigé à partir d'un entretien avec le patient mais en son absence. Or, la plupart des patients ignoraient tout du contenu de leur projet thérapeutique. Le but du pair praticien était donc d'aider les patients à s'approprier leur projet thérapeutique. Contrairement au Plan de crise conjoint, les patients ont trouvé peu de sens à la démarche.

### VIS-À-VIS DE L'ÉQUIPE

Les membres de l'équipe avaient certaines craintes dans les premiers temps. Ils avaient peur que le pair praticien soit trop fragile et qu'un événement problématique avec les patients ou l'équipe puisse le conduire à une crise. Il a fallu clarifier que le pair praticien était un professionnel avec lequel ils pouvaient communiquer normalement. L'équipe craignait également que celui-ci soit choqué lorsqu'ils utilisaient leur humour vis-à-vis de la maladie psychique.

Il a fallu un certain temps pour que le pair praticien se sente reconnu en tant que tel et intégré au sein de l'équipe. Ce n'est que dix mois après son arrivée qu'il a remarqué un changement d'attitude de ses collègues. Lors des colloques pluridisciplinaires, il a constaté que ses propos étaient écoutés et soutenus par ses collègues. La question se pose cependant de savoir s'il est reconnu en tant que pair praticien ou si sa spécificité finit par être oubliée.

*Lors de son premier jour de travail au CPNVD, le pair praticien a participé au colloque pluridisciplinaire de l'équipe. Il s'agissait de la présentation d'une situation problématique à propos d'un patient. Le pair praticien a tout d'abord été choqué qu'une dizaine de professionnels discutent durant une heure d'une personne en son absence. Ensuite, le chef de clinique a proposé un traitement qui lui semblait disproportionné.*

Alors que les relations ont rapidement été positives au sein de l'équipe qui l'accueillait, le reste du personnel de l'hôpital a pris un certain temps pour saisir la nature de son rôle.

*Un employé de l'hôpital a appelé l'unité pour les prévenir que « leur étudiant » passait tout son temps à fumer dehors avec les patients. Ne sachant pas qui était le pair praticien ni ce qu'il faisait, il présumait qu'il y perdait son temps. Par conséquent, le pair praticien a cessé de descendre dans l'espace communautaire . bien que cela ait fait partie du projet initial.*

À l'inverse, le pair praticien peut . lors de sa première expérience dans un nouveau milieu . méconnaître les règles institutionnelles non écrites. Ainsi, le pair praticien travaillant au CPNVD a provoqué un léger incident lorsqu'il s'est adressé spontanément aux infirmiers d'une autre équipe pour leur demander de rencontrer l'un de leurs patients. Il avait en effet déjà rencontré

---

<sup>8</sup> Voir annexe.

celui-ci lors d'une précédente hospitalisation et, s'étant croisés dans l'espace communautaire, le patient lui avait demandé un nouvel entretien. L'incident a dû être traité par la direction des soins qui en a profité pour réexpliquer le sens de la présence du pair praticien.

L'introduction d'une nouvelle profession au sein de l'équipe a donc demandé des explications fréquentes qui ont eu lieu lors d'échanges informels, lors des pauses et des transmissions. Le tournus élevé de l'équipe a exigé encore davantage de clarifications.

Chaque jour, le pair praticien recevait de l'équipe soignante l'ensemble des informations nécessaires concernant les patients présents et parfois quelques suggestions concernant les nouveaux arrivants. Ceci mis à part, le pair praticien était libre de rencontrer les patients individuellement . que ce soit dans une salle d'entretien ou dans l'espace communautaire. Étant donné la nouveauté de la profession, il lui était nécessaire d'expliquer la nature de son rôle et le sens de sa démarche.

Les premières rencontres avec les patients de l'hôpital ont mis face à certains défis. Il lui a fallu pour commencer se contraindre à se présenter ainsi qu'expliquer sa profession clairement et simplement. Face à ces explications, la plupart des patients se sont montrés enthousiastes et curieux. Certains d'entre eux ont même exprimé le souhait de se former dans ce sens. Étant donné que les patients étaient libres de leur emploi du temps, il a dû apprendre à aller à la rencontre de ceux-ci ainsi que de fixer des rendez-vous.

### **VIS-À-VIS DES PATIENTS**

Vis-à-vis des patients, le pair praticien a assuré un total de cinquante-trois suivis durant un à quatre entretiens individuels. Afin de sélectionner les patients à qui il allait s'adresser, le pair praticien débutait sa journée par une transmission d'informations de la part de ses collègues infirmiers. Il arrivait que ceux-ci aient une ou deux situations particulières à lui suggérer. Dans le cas contraire, le pair praticien décidait . en fonction de la situation de chaque patient . des personnes à aller voir. Cette sélection suivant grosso modo trois critères :

1. la nature des difficultés (notamment les doubles diagnostics et les troubles de la personnalité borderline),
2. le moment dans le suivi (comme les périodes de déni, de confrontation ou d'apprentissage),
3. et les possibles thématiques ayant émergé (telles que la contrainte ou la stigmatisation).

Sa liste en main, il lui fallait alors partir à la recherche de chacun . dans les chambres et les espaces communautaires, à l'étage ou ailleurs . étant donné la liberté de mouvement de la majorité des patients.

Le pair praticien se présentait donc spontanément et seul, expliquant brièvement son rôle et sa mission dans l'institution avant de proposer à la personne de prendre le temps pour un entretien.

À de très rares exceptions . a priori dues à la fatigue . les patients ainsi abordés acceptaient ce premier échange. Celui-ci avait généralement lieu dans une salle d'entretien standard. Cependant, à la demande de certains, il est arrivé que les rendez-vous prennent place dans les espaces communautaires, en particulier à la cafétéria de l'hôpital.

Une fois installé, le pair praticien expliquait plus en détails le sens et la nature de sa profession avant d'inviter son interlocuteur à lui raconter la raison de sa présence. L'apparente naïveté de cette question n'était pas feinte, au sens où le pair praticien se renseignait très peu . voire dans certains cas pas du tout . sur les causes de l'hospitalisation des personnes qu'il voyait. Cette entrée en matière pouvait durer, selon les gens, entre quelques dizaines de secondes et plus d'un entretien.

Partant des éléments que le patient souhaitait mettre en avant, le pair praticien proposait une intervention pour le reste de la séance. Lors des entretiens individuels, un certain nombre

deux approches ont été utilisées. Des éléments de psychoéducation ont par exemple été sollicités. L'utilisation du plan de crise conjoint y a participé, pour prendre conscience des événements déclencheurs, du vécu de la crise et des stratégies d'adaptation. Cet outil était proposé aux patients en fin d'hospitalisation, dans le but de les amener à apprendre de leur expérience de la crise les savoirs et les compétences nécessaires pour éviter une possible rechute.

Un travail a été mené dans afin d'encourager chaque patient à se réapproprier sa vie et sa maladie, à devenir pro-actif et à simplifier dans ses soins. Dans les cas de mesures de contrainte, le pair praticien a plusieurs fois été amené à expliquer les procédures et à assurer un soutien.

Ces entretiens ont également été l'occasion d'un travail de déstigmatisation de la maladie et de la psychiatrie . en particulier vis-à-vis d'un séjour en hôpital psychiatrique. Grâce à une relation basée sur la sincérité, ces échanges apportaient de l'espoir et de la confiance en soi aux patients.

Suite à l'entretien, le pair praticien transmettait les informations concernant l'évolution de la situation du patient à l'équipe soignante. Il ne transmettait ainsi pas de détails quant au contenu des discussions . ou des éventuelles révélations que le patient aurait pu lui faire, à moins qu'un risque en découle. Durant les jours suivants, il observait l'impact de son intervention grâce aux retours de l'équipe et, si c'était pertinent, par les nouveaux entretiens avec la personne.

*Mlle A. S. est une jeune femme qui se plaint de violentes douleurs abdominales. L'équipe considère qu'elle reste focalisée sur ses douleurs et qu'il est difficile de parler d'autre chose. A. S. est révoltée qu'on croie que ses douleurs ne sont que «psychologiques», c'est-à-dire «imaginaires». Le pair praticien lui explique l'hypothèse de l'équipe, à savoir que ses douleurs sont tout à fait réelles, seulement elles sont causées par ses crises d'angoisses . plutôt que par un problème physique. A. S. comprend bien l'idée et adhère à cette hypothèse. Elle le remercie pour l'entretien et dit mieux comprendre l'attitude de l'équipe.*

## ENTRE LES PATIENTS ET L'ÉQUIPE

En ce qui concerne les activités de médiation au sein du CPNVD entre les soignants et les soignés, le travail a principalement consisté à faciliter la communication et la compréhension mutuelle. Lorsqu'un conflit est intervenu entre un patient et l'institution, le pair praticien l'a encouragé à s'exprimer puis l'a accompagné dans un entretien avec le médecin-chef. Ce travail de médiation a été apprécié tant par le patient que par la direction, et a contribué à résoudre le conflit.

D'autre part, le pair praticien a régulièrement participé aux colloques pluridisciplinaires de l'équipe ayant lieu chaque semaine. Ces occasions de rencontre ainsi que les moments d'échanges informels lui ont permis de présenter de manière précise l'approche orientée sur le rétablissement.

## HÔPITAL DE JOUR

L'expérimentation à l'Hôpital de jour s'est déroulée de mars à septembre 2016, à un taux de 20%. Avant l'arrivée de la paire praticienne, son collègue pair avait déjà rencontré l'équipe afin de sonder leurs points de vue et le responsable de l'unité avait annoncé son arrivée. L'essentiel des collaborateurs étaient, ainsi, plus ou moins au fait du sens de sa fonction.

Lors de son premier jour, la paire praticienne a fait le tour de l'équipe afin de se présenter et de rencontrer ses futurs collègues. Du même coup, elle s'est présentée, en compagnie d'une infirmière, aux usagers présents à ce moment. Elle a alors dû, en plus de se présenter elle-même, expliquer la nature de son rôle et sa mission dans l'équipe. Or, la paire praticienne ne savait encore pas ce qu'elle allait faire au sein de cette unité.



Les membres de l'équipe avaient certains doutes quant à l'intervention de la paire praticienne . ils se demandaient ce qu'elle pourrait faire au sein de l'Hôpital de jour. Cependant, les relations se sont faites très naturellement, en particulier grâce à une bonne communication. Les soignants n'hésitaient ainsi pas à poser des questions quant à la formation, au rôle ou encore au vécu de la paire praticienne . interrogations que celle-ci a vécu comme bienveillantes et explique par un besoin de comprendre plutôt que du jugement.

Inversement, la paire praticienne n'a pas hésité à poser des questions lorsqu'elle se sentait dépassée, notamment à propos de termes techniques ou pour mieux comprendre ce qu'il était en train de se passer.

*Alors qu'elles étaient seules, une collègue a demandé à la paire praticienne si elle pouvait lui demander ce qu'elle a vécu de la maladie. Celle-ci a pris cette demande comme un besoin normal de comprendre et d'être rassurée. Elle lui a donc expliqué son vécu dans les grandes lignes. Sa collègue lui a dit, à la fin, que cet échange avait changé son regard sur le rôle de pair praticien.*

La paire praticienne considérait comme parfaitement normal que ses collègues aient besoin d'en savoir davantage quant à son vécu de la maladie . afin de mieux comprendre le sens de sa fonction et de manière à indiquer au mieux les patients pour ses interventions. Étant donné que certaines personnes se gênaient de l'interroger, elle n'hésitait pas à prendre les devants en se dévoilant spontanément.

De manière générale, la paire praticienne était en contact régulier avec l'équipe, que ce soit dans le bureau infirmier, lors des temps de pause ou encore au moment des repas. Elle a également participé à certains colloques d'équipes, jusqu'à ce qu'elle doive changer de jour de travail pour des raisons organisationnelles. Hors de ces transmissions formelles, l'équipe ne transmettait pas d'informations à la paire praticienne sur les situations et leur évolution . à l'exception de certains cas particulièrement inquiétants.

La paire praticienne appréciait que ses collègues n'hésitent pas à parler naturellement et librement devant elle. Elle avait ainsi le sentiment de faire entièrement partie de l'équipe. De telle sorte qu'elle s'est sentie mieux accueillie par ses collègues que par les patients de l'hôpital de jour.

*Une patiente lança un jour à la paire praticienne, sur un ton presque agressif : "Mais comment ça se fait que vous êtes paire praticienne alors que vous êtes jamais venue à Cery ? Je comprends pas. Moi, ça fait 22 ans que je viens ici, et j'ai des factures à payer. Et vous ? Vous êtes payée combien ? Parce que je vais aussi postuler, si c'est comme ça." Quelque peu démunie, la paire praticienne lui répondit simplement qu'elle en avait le droit. Ce que la patiente n'a pas tardé de faire. Candidature qui, quelques temps plus tard, donna lieu à une rencontre avec le responsable de l'unité afin de clarifier la situation.*

En effet, ceux-ci se sont notamment demandé comment ils pouvaient s'entretenir avec une personne dite "malade". Ils lui semblaient globalement renfermés sur eux-mêmes, distants. La paire praticienne a déduit de ce comportement qu'il lui fallait arriver en douceur afin de laisser aux patients le temps de s'habituer à sa présence. Ils ont ainsi commencé à se rencontrer dans les espaces communautaires, tel que le salon, et durant les activités.

### **CASE MANAGEMENT DE TRANSITION**

Suite à l'expérience à l'Hôpital de jour, la paire praticienne a intégré l'équipe de l'Unité de psychiatrie mobile (UPM) à 20% le 1<sup>er</sup> septembre 2016. Le case management de transition consiste à accompagner les patients dans la période qui suit l'hospitalisation afin de garantir la continuité du rétablissement. Depuis son arrivée, elle participe aux colloques d'indications hebdomadaires dans lesquels elle partage son point de vue en tant que patiente rétablie. Cette attitude amène l'équipe à élargir sa compréhension et à modifier son appréhension des

situations, que ce soit dans le cadre du Suivi intensif dans le milieu (SIM) ou du Case management de transition (CMT). Elle y propose parfois des modalités d'approches alternatives.

*« Au-delà des suivis cliniques, la paire praticienne a bien su s'intégrer dans l'équipe et prendre sa place au sein des colloques pluridisciplinaires en enrichissant les discussions. »*

. Soignant, Case management de transition

Dans une phase d'observation, la paire praticienne a découvert l'activité des case managers de transition en les accompagnant sur le terrain dans leurs différentes activités. Son activité clinique directe s'est ensuite déployée essentiellement auprès de patients hospitalisés, tous diagnostics confondus. À ce jour, elle a rencontré de façon ponctuelle une trentaine de personnes durant leur hospitalisation ou dans le mois qui a suivi la sortie.

*« Son rôle est bien accueilli par les patients, parfois même mieux que par les soignants. Par exemple au début, à l'hôpital, on lui a dit qu'elle ne pouvait pas rester dans le bureau infirmier. Ça peut mettre mal à l'aise. On ne sait pas trop bien de quel côté elle se situe. Ça remet en question la position soignante. »*

. Soignant, Case Management de Transition

Elle a également participé à des entretiens de préparation à la sortie, lors desquels elle a plus spécifiquement apporté :

- Un partage de son vécu et de son savoir expérientiel sur la maladie psychique, favorisant l'engagement des patients dans les soins, leur permettant une prise de conscience de leurs propres ressources et de leur valeur et rendant plus acceptable le fait de demander et d'accepter de l'aide extérieure.
- Un partage de sa trajectoire de soins . comprenant des hospitalisations et des rechutes . permettant de dé-stigmatiser l'hôpital psychiatrique ainsi que d'aborder la question de l'auto-stigmatisation.
- Un soutien et un encouragement dans un processus de rétablissement des patients . en normalisant certaines émotions et doutes liés aux phases de la maladie psychique, en les sensibilisant aux risques potentiels ainsi qu'en leur donnant des repères pour la suite.

*« Pour les soignants le fait de travailler avec un pair praticien permet de élargir la vision et la compréhension des situations cliniques ; et pour les patients, de se sentir moins seuls. »*

. Soignant, Case Management de Transition

Sa présence elle-même atteste pour les patients qu'un mieux-être est possible et favorise l'espoir, facteur central du rétablissement. Elle permet également de dé-stigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques en renvoyant une image positive et constructive. Dès lors, le patient peut prendre conscience qu'une personne ne se limite pas à ses troubles et peut retrouver un sens à sa vie, ainsi qu'éventuellement être inséré professionnellement.

*« Pour moi, la pair praticienne peut se permettre d'être parfois confrontante car elle parle au nom de son expérience et est légitimée dans l'utilisation de soi dans la relation. Nous soignants, avons parfois de la peine à le faire par crainte de « perdre » le patient. Or l'expérience a montré le contraire. Quand cela s'est passé, les patients ont demandé à revoir la paire praticienne, contrairement à ce qu'avaient imaginé les soignants, qui craignaient une rupture de suivi. »*

. Soignant, Case Management de Transition

Depuis début 2017, la paire praticienne s'investit également dans des suivis individualisés . deux à ce jour . en co-référence, que ce soit à l'hôpital ou dans la communauté. Ses interventions font l'objet de notes cliniques répertoriées dans le dossier patient.

Outre les interventions régulières, la paire praticienne bénéficie d'une supervision individuelle mensuelle portant tant sur ses connaissances, sa posture et son rôle en cohérence avec les missions du Case Management de Transition.

*« Ce qui est positif c'est son côté très chaleureux, humain, proche des gens. Certains patients sont preneurs à 200%, pour d'autres c'est plus compliqué justement à cause de cela. »*

. Soignant, Case Management de Transition

Son intégration progressive dans l'équipe a élargi la conception des professionnels de la maladie psychique et des soins et contribue à l'amélioration de la qualité des soins. L'expertise qu'elle a acquise par l'expérience lui permet également de prendre des positions différentes, qui bien que parfois plus confrontantes envers les patients, sont bien reçues par ces derniers, contrairement à ce que les professionnels imaginaient.

Concernant l'information sur son rôle et sa formation, la paire praticienne en parle de façon systématique avec les patients. Elle a participé aux présentations de l'unité aux équipes hospitalières et en a profité pour présenter le rôle de pair praticien de façon générale, et de façon spécifique au travers de son insertion au Case management de transition. Elle a également contribué à la diffusion de ce rôle dans un plus large périmètre en animant un atelier lors de la journée du Réseau romand pour le rétablissement (R3) et à l'occasion du colloque du Groupement des hôpitaux de jour psychiatriques (GHJP) à Genève.

## CONSTRUCTION D'UN CADRE DE RÉFÉRENCE

Malgré des expériences sporadiques avec des pairs aidants, tout le cadre de référence reste à mettre en place au département de psychiatrie du CHUV pour les pairs praticiens professionnels. La situation est semblable dans les autres institutions de Suisse romande, qui sont également dans des phases pilotes d'expérimentation et offrent des solutions hétérogènes. Les expériences sont généralement axées sur la pratique, à l'initiative individuelle de certains responsables, mais en général sans réflexion structurée sur le cadre et le processus, ce que nous nous proposons de faire dans la présente expérience pilote.

## PRINCIPES GÉNÉRAUX

Suivant un principe d'équité, nous avons appliqué à la profession de pair praticien une logique de similarité face aux autres professions. Ainsi, nous avons défini un cahier des charges, des missions, des responsabilités, une affiliation à une catégorie professionnelle, un enclassement, établi un contrat, etc. De plus, nous avons jugé que les pairs praticiens devaient avoir accès aux mêmes ressources favorisant l'intégration dans l'institution que les autres collaborateurs, comme la participation à la journée d'intégration du CHUV.

*Après le début de son activité, le pair praticien n'avait pas encore reçu son contrat, ce qu'il attribuait aux obstacles liés à sa nouvelle fonction. En participant à la journée d'intégration, il constate qu'il n'est pas le seul dans ce cas et même qu'il fait partie de ceux qui ont reçu un cahier des charges.*

## INTITULÉ DU POSTE

Le premier pair praticien a été engagé tout d'abord avec un intitulé du poste de « gestionnaire de dossiers ». Après réflexion, le deuxième pair praticien a été engagé dans la catégorie aide soignant, avec un intitulé « pair praticien en santé mentale (PPSM) ».

## CAHIER DES CHARGES

Le cahier des charges des pairs praticiens en santé mentale des HUG a été une source d'inspiration mais se présente dans un format très différent des cahiers des charges du CHUV. Les pairs praticiens sont amenés à avoir des missions cliniques, de gestion, de recherche et d'enseignement. Il est donc difficile d'avoir un cahier des charges unique pour toutes les situations. Nous nous sommes donc concentrés sur la réalisation d'un cahier des charges clinique, en ajoutant le cas échéant des missions et des tâches spécifiques dans les autres domaines.

Le cahier des charges pour la phase pilote (en annexe) décrit la mission générale du poste de la manière suivante:

- Intégrer une équipe de soins
- Favoriser l'intégration des PPSM dans les activités cliniques
- Participer aux activités de la section
- Contribuer aux réflexions menées dans le cadre du projet pilote et à son avancement

## ENCLASSEMENT

Par souci d'équité avec les autres professionnels, l'enclassement des pairs praticiens été calculé selon la même logique de catégorie de poste, niveau de formation et expérience professionnelle. Au vu de la fonction clinique et de niveau de formation, la catégorie « aide-soignant » a été choisie. L'aspect original est que l'expérience de la maladie a été reconnue à 66 % comme expérience professionnelle pour une durée maximale de quatre ans.

*Le premier pair praticien a été d'abord engagé comme gestionnaire de dossiers à 20 %, dans le but de participer au projet d'implantation dans sa phase exploratoire. Dans un deuxième temps, un 20 % clinique a été ajouté avec un intitulé de poste de pair*



*praticien. Ce pair praticien est par ailleurs président de l'association Re-pairs, qui réunit les pairs praticiens formés de Suisse romande. Il travaille également à 40 % en recherche et enseignement à la haute école santé social de la Source.*

*La deuxième paire praticienne a été engagée comme « pair praticien en santé mentale » à 20 % dans une catégorie d'auxiliaire de santé.*

## **EXAMEN MÉDICAL**

Bien qu'ils soient engagés en raison de leur expérience d'un trouble psychiatrique, les pairs praticiens sont confrontés à la déclaration de bonne santé comme condition préalable à leur engagement. Ils doivent donc se soumettre à une visite médicale de la médecine du personnel comme d'autres collaborateurs qui présentent des problèmes de santé. La question du risque institutionnel pris en engageant un employé présentant des problèmes de santé n'est pas complètement résolu et doit être discuté. Néanmoins, sur la durée du projet, les absences pour raison de santé des pairs praticiens ont été comparables aux autres professionnels.

## **ACCÈS AU DOSSIER DU PATIENT**

L'accès au dossier du patient est une question délicate car elle touche à l'intimité des personnes et à la confidentialité. De plus, l'accès à des données cliniques pourraient éventuellement nuire à la position de « pair ». Nous avons néanmoins conclu que le pair praticien devait avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres employés dans la catégorie d'aide soignant concernant l'accès au dossier du patient.

## **INTÉGRATION DANS LES ÉQUIPES CLINIQUES**

Les équipes clinique posent des questions par rapport au rôle des pairs praticiens, mais les accueillent avec beaucoup de bienveillance et sans rivalité. Elles ont besoin de temps pour intégrer ces nouvelles professions et apprendre comment bien collaborer avec elles. Deux modes d'intégration dans les équipes ont été expérimentés : une intégration « naturelle » et une intégration plus formelle. L'intégration « naturelle » a eu lieu dans une équipe de psychiatrie sociale préparée à l'accueil de pairs praticiens en santé mentale. L'intégration s'est passée de manière harmonieuse, progressive, bien supervisée, mais avec peu d'autonomie du pair praticien et une définition des missions et des rôles en construction. Le mode d'intégration formel a été réalisé dans une équipe de soins hospitaliers peu familiarisée à la notion de pair praticien. Un document (voir ci après : Document pour l'intégration d'un pair praticien) a formalisé l'intégration de pairs praticiens dans une unité hospitalière, décrivant le but, le principe, des risques, les étapes d'intégration, la description de l'activité spécifique, l'encadrement et la formation, ainsi que le partage d'information. Les activités du pair praticien ont été construites dans le but de favoriser une décision partagée entre patients et soignants. L'activité spécifique a été décrite dans le détail, y compris le déroulement des contacts avec les patients.

## **DOCUMENT POUR L'INTÉGRATION D'UN PAIR PRATICIEN**

### **INTÉGRATION DE PAIRS PRATICIENS DANS UNE UNITÉ HOSPITALIÈRE**

#### **BUTS :**

- Expérimenter l'apport d'un pair praticien dans une unité hospitalière, notamment pour améliorer la communication entre patients et soignants et augmenter les capacités d'autodétermination des patients.
- Favoriser l'utilisation optimale des soins par l'engagement dans un processus de décision partagée.
- Développer la fonction de pair praticien dans une unité clinique.
- Développer un projet de recherche sur le rôle des pairs praticiens pour favoriser le processus de décision partagée.

#### **PRINCIPE :**

L'intégration de pairs praticiens dans l'activité clinique est fondée par le modèle du rétablissement. Le rétablissement a trois composantes internes : l'espoir, la cicatrisation et l'autodétermination ; et trois composantes externes : le respect des droits fondamentaux, une culture positive de la cicatrisation et des services orientés vers le rétablissement. Dans ce contexte, le pair praticien suscite l'espoir par son exemple, démontre la capacité de cicatrisation d'un trouble psychiatrique et démontre la capacité d'autodétermination des choix de vie malgré l'existence de troubles. Par sa présence au sein des équipes, il favorise l'attention donnée au respect des droits fondamentaux, rend vivante la possibilité de cicatrisation, notamment dans des services aigus, et informe sur le point de vue des patients quant au rétablissement.

Comme professionnel engagé dans l'institution, il devient un médiateur entre les patients et les soignants. À l'écoute du patient, il aide à construire une décision partagée, qui consiste à aider la personne à faire le meilleur choix possible quant au traitement en fonction de ses valeurs dans le cadre d'une discussion avec les soignants. Dans une perspective de rétablissement, il favorise également l'autodétermination et notamment la participation du patient dans les choix du cadre du traitement (soins sous contrainte ou volontaire), la collaboration d'un plan de traitement (notamment au travers du plan de crise conjoint) et la mise en évidence de ses attentes et ses besoins tant pour la durée de l'hospitalisation que pour ses connexions sociales et son aspiration à jouer un rôle social. Pour les professionnels, le pair praticien aide à mieux prendre en compte les attentes des patients, à donner une vision positive du rétablissement, à diminuer la stigmatisation et favorise la capacité à entendre la parole du patient.

#### **RISQUES :**

L'augmentation de l'autodétermination du patient peut être dérangement pour les soignants qui sont habitués à diriger le plan de traitement.

La fonction de pair praticien étant nouvelle, l'acceptation par les équipes et les patients doit être accompagnée.

#### **ÉTAPES D'INTÉGRATION :**

1. Présentation du projet, du pair praticien et de son rôle dans le cadre d'un séminaire impliquant tous les collaborateurs de l'hôpital.
2. Choix d'une unité de soins favorable à l'intégration d'un pair praticien dans son équipe.
3. Intégration dans une équipe de soins.
  - a. Présentation détaillée à l'équipe du pair praticien, de son rôle et de ses interventions.
  - b. Découverte des activités de l'unité (colloques, activités cliniques, etc.).
  - c. Participation à des entretiens, notamment des entretiens d'admission.
  - d. Présentation aux patients de l'unité, de l'hôpital et de l'espace communautaire.
1. Développement d'une activité spécifique.
  - a. Activité centrée sur les nouvelles admissions (Intervention sur une admission de la veille du jour de présence du pair praticien).
  - b. Patients difficiles à engager, réfractaires aux soins, peu collaborant (sur indication).
  - c. Activité informelle dans l'espace communautaire (se faire connaître, être ouvert à des sollicitations directes avec information des soignants impliqués).
  - d. (Co-)animation d'un groupe de parole axé sur les thématiques du pouvoir d'agir et de l'autodétermination.

## DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ SPÉCIFIQUE

### BUT DES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES :

- Améliorer la capacité d'autodétermination par l'engagement dans un processus de décision partagée.

### OUTILS :

- Plan de crise conjoint.
- Aide à la décision partagée (à déterminer).

### CIBLE DE L'INTERVENTION :

- Sur le cadre du traitement, en particulier passage d'un traitement contraint à un traitement volontaire.
- Choix thérapeutiques.
- Plan de traitement.
- Connexions avec la communauté.
- Verbalisation des attentes et des besoins pour l'autodétermination et/ou éviter une perte d'autodétermination à la sortie de l'hôpital et dans le suivi ambulatoire.

### PROCESSUS :

- Présence du pair praticien deux fois une demi-journée par semaine.
- Un à deux nouveaux cas maximum par semaine.
- Deux contacts avec le patient la première semaine, puis un contact par semaine pendant la durée de l'hospitalisation.
- Contact éventuel après l'hospitalisation (à déterminer mais pour une durée limitée à un mois maximum dans l'esprit de la transition).

### PRÉSENCE COMMUNAUTAIRE :

- Carte de visite.
- Plaquette d'information sur le rôle de pair praticien.
- Informations sur la décision partagée et l'autodétermination.
- Liens avec les associations de patients comme le GRAAP.
- Distribution éventuelle du modèle de plan de crise conjoint pour favoriser son appropriation par les patients.

### PARTICIPATION AU COLLOQUE D'ÉQUIPE :

1. Se mettre à disposition pour les situations où les problèmes de communication existent entre le patient et les soignants
2. Faire connaître le modèle du rétablissement et ses composantes, notamment l'autodétermination.
3. Compte rendu des contacts avec les patients et présentation du projet de plan de crise conjoint ou autre aspect de l'intervention.

### PREMIER CONTACT :

30c Discussion ouverte

- Présentation du rôle du pair praticien (carte de visite, plaquette comme soutien).
- Discussion ouverte sur les conditions de l'hospitalisation, les choix, les décisions possibles, les attentes et les craintes.
- Les choix préférés pour le plan de traitement et l'autodétermination.
- Cadre, durée, réalisation durant le séjour, connexions ambulatoires.
- Les choix à réaliser immédiatement pour développer l'autodétermination.
- Hospitalisation volontaire.
- Date de sortie.
- Traitement préféré ou à éviter.

#### **10f Résumé de la discussion et mise en action**

- Discussion des conditions pour réaliser ces choix et introduction au plan de crise conjoint.

#### **15f Initiation au plan de crise conjoint**

- Début de collaboration du plan de crise conjoint à partir de la discussion préalable.
- Actualiser les décisions prises, soit par exemple signer une hospitalisation volontaire.

#### **5f Conclusion**

- Copie du projet de plan de crise conjoint pour l'équipe soignante.
- Demande au patient de continuer à remplir le plan de crise conjoint en fonction de ses attentes.
- Fixer le prochain rendez-vous et indiquer les dates des prochaines présences.

#### **Après l'entretien**

- Compte rendu de l'entretien sur la base du projet de plan de crise conjoint et oralement durant le colloque de transmission.

#### **Encadrement et formation :**

- Encadrement / supervision directe par ICUS / infirmier chef
- Supervision par un expert externe dans le DP-CHUV
- Intersession entre pairs praticiens.
- Formation continue, en particulier sur :
  - Les outils,
  - Les questions de posture,
  - Les approches relationnelles (décision partagée, motivation, etc.).

#### **Partage d'informations :**

- Le pair praticien utilise et développe des outils de communication entre patient et soignants (plan de crise conjoint, aide à la décision partagée, etc.)
- Il est soumis au secret professionnel.

Le mode d'intégration formel a favorisé l'autonomie, la clarté des interventions, et la connaissance du rôle du pair praticien auprès de l'équipe. Le mode d'intégration naturel a

engendré une co-construction souple de l'intervention, une supervision plus étroite et une prise de confiance progressive du pair praticien dans son rôle.

### **RÔLE DU CADRE DE PROXIMITÉ**

Le rôle du cadre de proximité est primordial dans l'intégration du pair praticien. Le cadre de proximité supervise et encadre le pair praticien pour garantir le professionnalisme de l'intervention et l'adéquation avec le cadre institutionnel sur le terrain. En effet, si le pair praticien a sa spécificité liée à une expérience personnelle de la maladie, la qualité de l'intervention au service de la santé du patient doit pouvoir être garantie (respect du périmètre de l'intervention, confidentialité, communication des informations, etc.), ainsi que les règles institutionnelles (utilisation des documents, intégration de l'activité au sein de l'équipe, tenue, horaires, relation aux collègues, gestion des conflits, etc.).

### **INTÉGRATION DANS LA RECHERCHE**

Le groupe de recherche de psychiatrie sociale était prêt à intégrer un pair praticien. En effet, le séminaire de recherche accueillait déjà des usagers issus de l'association du GRAAP. Au départ, les usagers intervenaient peu, sur des projets en cours auxquels ils n'avaient pas pu participer dès le départ. La participation d'un pair praticien, puis de deux pairs praticiennes en formation intéressées à une activité de recherche, a profondément modifié la dynamique du séminaire de recherche, avec une forte implication des pairs praticiens pour discuter les thèmes de recherche et participer activement au processus. Par exemple, les pairs praticiens ont participé au choix des items d'un instrument de mesure sur l'auto-stigmatisation. Un projet est en cours pour utiliser le rôle spécifique des pairs afin d'explorer les méthodes individuelles de gestion des décisions médicale par les patients

### **IMPLICATION DES DIRECTIONS ET DES DÉCIDEURS**

L'implication des directions au plus haut niveau est indispensable pour le développement d'une nouvelle profession telle que celle de pair praticien. La conviction de la nécessité d'un partenariat avec les patients en psychiatrie est une position doit pouvoir être partagée avec les autorités politiques. Elle doit se traduire par des lois, des conditions de financement, et la volonté de reconnaître la profession de pair praticien. Des associations telles que Pro Mente Sana militent pour le développement des pairs praticiens en Suisse.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### CONCLUSION

Les conclusions de ce travail portent sur trois niveaux : la politique de santé mentale, les institutions psychiatriques et les patients et professionnels concernés. Au niveau de la politique de santé mentale, les pairs praticiens participent au mouvement de démocratisation de la médecine et d'implication des patients dans les décisions qui les concernent. En psychiatrie, les pairs praticiens accompagnent le virage communautaire, jouent un rôle dans la déstigmatisation des troubles de santé mentale et incarnent le principe de rétablissement. Au-delà de leur efficacité sur le terrain auprès des individus, les pairs praticiens sont aussi un moyen fantastique pour faire évoluer la culture des institutions psychiatriques. Au niveau institutionnel, le présent travail montre que l'intégration de pairs praticiens est faisable et y donne un cadre de référence. Sur le terrain, les pairs praticiens sont appréciés par les professionnels, les patients et les proches. Néanmoins, les conditions d'engagement et de financement n'encouragent pas encore suffisamment les institutions à prendre le risque d'engager des pairs praticiens en santé mentale. Sans avoir procédé à une évaluation économique, nous estimons que le rapport coûts - bénéfices actuel est favorable, mais autant par leur activité auprès des patients qu'en raison de leur impact sur les professionnels et la culture institutionnelle. Pour l'instant, cette expérience positive se limite à des taux d'activité clinique réduits. Des expériences supplémentaires sont nécessaires pour examiner la faisabilité et l'impact de taux d'activité plus élevés. Au niveau individuel, le premier résultat évident est la reprise d'activité professionnelle pour les pairs praticiens eux-mêmes. Plus largement, les pairs praticiens améliorent la compréhension des besoins des patients par les professionnels, augmentent l'espoir de rétablissement et diminuent la stigmatisation. Ils augmentent l'alliance thérapeutique, la décision partagée et la compréhension réciproque. Cette amélioration subjective devrait être mesurée dans le cadre d'études ultérieures.

### RECOMMANDATIONS

#### RECOMMANDATION 1 : VOLONTÉ DE SANTÉ PUBLIQUE

L'intégration des pairs praticiens en santé mentale doit s'inscrire dans une volonté plus large de santé publique et des institutions publiques de promouvoir la participation des patients dans les décisions qui les concernent.

Aujourd'hui, les données quantitatives sont encore très préliminaires pour démontrer l'efficacité des pairs praticiens en psychiatrie, et les obstacles structurels sont nombreux concernant le financement, le type d'engagement, le rôle et les missions. Pour réussir, l'intégration de pairs praticiens doit être soutenue dans le cadre d'une vision de santé publique (idéalement dans le cadre d'un plan de santé mentale), par les valeurs de l'institution (comme la participation des patients aux décisions qui les concernent) et à une vision ouverte de la psychiatrie qui promeut le respect des libertés individuelles, la possibilité de rétablissement et la décision partagée. Dans cette perspective, les personnes souffrant de troubles psychiques sont considérées comme capables de « cicatriser » d'un trouble psychique et capables de participer à des décisions partagées. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont dans des situations complexes, dans lesquelles leurs capacités psychologiques, leur pouvoir social, leur capacité à exprimer leurs besoins et leurs attentes sont par moments limités et difficilement entendus. Le pair praticien joue un rôle de médiateur, de passeur, pour comprendre et transmettre les attentes et les valeurs des patients, mais aussi constitue un miroir dans lequel les personnes en souffrance peuvent se reconnaître à une autre étape de leur vie.



## RECOMMANDATION 2: PAIRS PRATICIENS PROFESSIONNELS

Pour jouer pleinement leur rôle, les pairs praticiens doivent être des professionnels de santé pleinement intégrés dans les équipes de soins.

Par cette expérience pilote, nous avons démontré la faisabilité de l'intégration de pairs praticiens dans des équipes de psychiatrie hospitalière et ambulatoire du CHUV. Nous avons montré des bénéfices pour les équipes, les patients et la culture institutionnelle. La présence des pairs praticiens diminue la stigmatisation, augmente l'espoir et permet une meilleure perception par les professionnels des attentes des besoins et des valeurs des patients. Ces bénéfices ont été acquis sur la base de relations durables avec des pairs praticiens placés dans une position de professionnels de santé. Ce professionnalisme, les pairs praticiens l'acquiert par leur formation, mais surtout par l'intégration dans des équipes auprès desquelles ils développent une relation de confiance, s'ajustent dans leur rôle, assoient leur légitimité auprès des patients et des professionnels. La durée de la collaboration et les exigences de professionnalisme nous paraissent essentielles pour une bonne intégration des pairs praticiens en santé mentale. Ce professionnalisme comprend un ajustement du poste aux compétences, au style personnel, aux forces et aux faiblesses du pair praticien, mais également à une standardisation des exigences professionnelles telles que la fiabilité, la régularité, l'équité des interventions, la confidentialité, le respect de l'intimité et des limites relationnelles dans l'exercice du rôle. La question de la supervision est également indispensable avec l'acquisition progressive d'une capacité de recul sur sa propre situation et celles des autres, nécessaire pour bien utiliser l'empathie et ne pas se laisser déborder par des situations fortement émotionnelles. Ainsi, la complexité des interventions des pairs praticiens ne nous paraît pas gérable dans le cadre de relations sporadiques avec des bénévoles. Une telle alternative obligerait à limiter fortement le rôle des pairs praticiens et probablement à vider en grande partie le sens de leurs interventions.

### RECOMMANDATION 2.1: LES TROUBLES PSYCHIQUES COMME SOURCE D'EXPIÉRIENCE

Les pairs praticiens doivent être reconnus comme des auxiliaires de santé dont une partie de l'expérience professionnelle consiste en vécu de troubles psychiques et des soins psychiatriques.

Les pairs praticiens en santé mentale doivent être traités de manière équitable avec les autres collaborateurs, sans idéaliser ni dévaloriser l'apport de leur expérience des troubles psychiques et des soins psychiatriques. A partir de notre expérience, nous recommandons de les engager comme aides soignants et de reconnaître une partie de leur expérience de la maladie et des soins comme expérience professionnelle (66% pendant 4 ans). En faisant partie du groupe des soignants, ils bénéficient d'une identité et d'une structure professionnelle. L'identité professionnelle implique le respect de règles de base telles que la confidentialité, le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la non malfaisance. La structure professionnelle supporte les pairs praticiens par une appartenance à une équipe, l'encadrement par une hiérarchie et des mécanismes de supervision éprouvés.

### RECOMMANDATION 2.2 : QUALITÉS DU PAIR PRATICIEN

Les pairs praticiens doivent bénéficier de qualités personnelles, d'une formation initiale reconnue, de formation continue, d'une supervision des activités cliniques et faire partie d'une association de pairs praticiens.

Les qualités requises pour les pairs praticiens sont : une expérience vécue des problèmes de santé mentale et des services psychiatriques ; comprendre le vécu quotidien des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ; comprendre les principes du rétablissement ; s'impliquer dans des programmes d'éducation sur les problèmes de santé mentale ; savoir communiquer (Cheeseman 2011). La formation initiale doit être reconnue et certifiée dans le cadre d'une institution de formation santé sociale. Actuellement, cette formation est donnée dans le cadre de l'IESP. La formation continue doit être à la fois généraliste et spécifique. La

formation généraliste est destinée à tous les auxiliaires de santé et concerne le cadre de travail, les connaissances de base dans le domaine de la santé mentale ou l'utilisation des outils tels que le dossier informatisé. Une formation plus spécifique reste à développer dans des domaines tels que le plan de crise conjoint, le plan de rétablissement ou la décision partagée. La supervision clinique est particulièrement nécessaire pour prendre du recul sur les situations psychiatriques émotionnellement complexes et gérer les contre-attitudes. L'appartenance à une association de pairs nous paraît essentielle pour garantir le maintien et le développement de compétences partagées entre pairs, éviter les écarts par rapport à une norme professionnelle, ainsi que la solitude et l'épuisement professionnel.

### **RECOMMANDATION 3 : MODÈLE D'ENGAGEMENT ADAPTÉ**

Développer un modèle d'engagement qui ne pénalise pas les employeurs qui prennent le risque d'engager des pairs praticiens en santé mentale.

Un des obstacles structurels principal à l'engagement des pairs praticiens en santé mentale est le risque que prennent les employeurs d'engager une personne qui souffre d'un trouble psychique déclaré. Sur la durée de l'expérience pilote, les craintes d'un surnombre d'absences pour maladie par rapport aux autres collaborateurs ne se sont pas confirmées. Les deux pairs praticiens engagés ont eu des absences pour des raisons de maladie comparables aux autres professionnels durant cette période malgré des conditions de travail difficiles liées à leur situation de pionniers. Néanmoins, ce point ne peut pas être généralisé à ce stade et il est difficile de reprocher aux employeurs d'être prudents à l'idée d'engager des personnes dans des contrats à durée indéterminée en sachant qu'il existe un risque majoré d'épisodes de maladie, voire d'invalidité précoce. En miroir, le pair praticien en santé mentale peut craindre aussi le risque de perdre la sécurité des aides sociales dont il bénéficie en les remplaçant par un engagement professionnel plus précaire et plus dépendant de son état de santé. Certes, on peut considérer cette réticence des employeurs comme une forme de discrimination à l'égard de personnes souffrant de troubles psychiques. Néanmoins, pour être équitable, ce risque devrait être compensé auprès des employeurs et des pairs, par exemple par un mécanisme de réassurance. En l'absence d'un tel modèle, il nous paraît difficile de contraindre les employeurs à engager des pairs praticiens en santé mentale dans des contrats à durée indéterminée, et d'autres solutions doivent être trouvées comme des contrats d'auxiliaire à l'heure, à durée déterminée, ou des contrats par l'intermédiaire d'une association, d'une coopérative, ou d'une agence d'emploi temporaire afin de mandater les services de pairs praticiens en santé mentale sans contraindre les institutions à les engager directement.

### **RECOMMANDATION 4 : ÉVALUER LES EXPÉRIENCES**

Poursuivre les expériences cliniques avec des pairs praticiens en les associant à des évaluations quantitatives et qualitatives rigoureuses.

Notre expérience pilote a démontré la faisabilité d'intégrer des pairs praticiens en psychiatrie. Malgré des prémices très encourageantes, la littérature internationale et les expériences locales ne permettent toutefois pas de tirer des conclusions définitives sur les bénéfices et les risques des pairs praticiens en santé mentale. Il faudra donc poursuivre des études qualitatives et quantitatives pour montrer l'impact des pairs praticiens sur la clinique et le rétablissement, une fois que cette pratique sera installée de manière plus durable et avec des pourcentages d'activité plus élevés.

### **RECOMMANDATION 5 : MISSION DE MÉDIATION**

Focaliser la mission des pairs praticiens sur la médiation entre patients et professionnels

Le pair praticien joue un rôle unique dans la médiation entre patients et professionnels. Il devient le porte-parole des patients pour leurs attentes, leurs besoins et leurs valeurs. Il aide les professionnels à se mettre à la place des patients pour mieux comprendre leurs préoccupations principales. Pour les patients, il est le traducteur des attentes des professionnels, de l'espoir de rétablissement et peut transmettre des éléments vécus sur le chemin à parcourir. Le pair



praticien peut s'appuyer sur des modèles tels que l'aide à la décision partagée, le modèle du rétablissement, ou diverses formes de déclaration anticipée comme le plan de crise conjoint.

#### **RECOMMANDATION 6 : OUTILS PARTAGÉS**

Les outils spécifiques du pair praticien doivent être des outils partagés entre patients et professionnels tels que le plan de crise conjoint, le plan de rétablissement ou l'aide à la décision partagée.

Comme médiateur entre les professionnels et les patients, le pair praticien en santé mentale doit pouvoir s'appuyer sur des outils qui sont partagés avec les professionnels et les patients. Ces outils restent encore rares en médecine, mais sont amenés à se développer, notamment dans le cadre du dossier électronique du patient. Ils s'appuient notamment sur des documents partagés entre patients et professionnels, tels que le plan de crise conjoint ou le plan de rétablissement. D'autres outils ont récemment été édités tels qu'un kit du rétablissement basé sur le Wellness and Recovery Action Plan (WRAP). Les pairs praticiens contribuent largement à ce que les patients s'approprient ces instruments et y participent activement. D'autres instruments spécifiques pourraient être développés dans la même direction, notamment pour l'aide à la décision partagée.

#### **RECOMMANDATION 7 : GROUPES THÉRAPEUTIQUES**

Développer des groupes thérapeutiques structurés animé par des professionnels et des pairs praticiens basés sur l'expérience internationale.

Dans notre expérience pilote, une paire praticienne a co-animé un groupe thérapeutique axé vers le rétablissement. Cette participation amène une plus-value importante pour la participation des patients et l'augmentation de leur pouvoir d'agir. Le groupe thérapeutique du Wellness and Recovery Action Plan (WRAP) a été adapté à Genève par une paire praticienne, et montre qu'un groupe spécifique centré sur le rétablissement co-animé par des pairs praticiens et des professionnels est apprécié, utile et efficace. Ce type de groupe thérapeutique devrait être mis à disposition des personnes souffrant de troubles psychiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Angilletta, T. (2014). An Exploration of the Benefits of Working as a Certified Peer Specialist (CPS) and Predictors of These Benefits. PCOM Psychology Dissertations.
- Autès, E. (2014). La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : Comment « faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels en santé mentale ? *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, (8).
- Basset, T., Campbell, P., & Anderson, J. (2006). Service User/Survivor Involvement in Mental Health Training and Education: Overcoming the Barriers. *Social Work Education*, 25(4), 393-402.
- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). La voie tracée par l'expérience vécue. Le soutien par les pairs en santé mentale. Together / The University of Nottingham / National Survivor User Network.
- Campbell, P. (2001). The Role of Users of Psychiatric Services in Service Development - Influence not Power. *The Psychiatrist*, 25(3), 87-88.
- Campos, F. A. L., Sousa, A. R. P. de, Rodrigues, V. P. da C., Marques, A. J. P. da S., Dores, A. A. M. da R., & Queirós, C. M. L. (2014). Peer Support for People with Mental Illness. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(2), 49-55.
- Chinman, M., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Swift, A., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 429-441.
- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the Implementation of Mental Health Consumer Provider Services. *The journal of behavioral health services & research*, 33(2), 176. 195.
- Compagnon, C., & Ghadi, V. (2014). Pour l'An II de la Démocratie sanitaire. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, République française.
- Corrigan, P. W., Angell, B., Davidson, L., Marcus, S. C., Salzer, M. S., Kottsieper, P., & Stanhope, V. (2012). From adherence to self-determination: Evolution of a treatment paradigm for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Services*, 63(2), 169. 173.
- Costa, G. (2016). Je rapporte un autre regard. *Pulsations*, 27.
- Crisanti, A. S., Murray-Krezan, C., Karlin, L. S., Sutherland-Bruaw, K., & Najavits, L. M. (2016). Evaluation of an Evidence-based Practice Training for Peer Support Workers in Behavioral Health Care. *Cogent Psychology*, 3(1), 1212453.
- Daumerie, N. (2011). L'empowerment en santé mentale - Recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. *La santé de l'homme*, 413, 8-10.
- Davidson, L. (2005). Recovery, Self Management and the Expert Patient . Changing the Culture of Mental Health from a UK Perspective. *Journal of Mental Health*, 14(1), 25-35.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer Support Among Persons with Severe Mental Illnesses: A Review of Evidence and Experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123. 128.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165. 187.

- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults with Serious Mental Illness: A Report from the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443.
- Debourdeau, M.-F. (2011). Ateliers deentraide Prospect-famille Unafam - « L'empowerment des aidants, par les aidants ». *La santé de l'homme*, 413, 29-31.
- Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La nouvelle revue du travail*, (5).
- Dupont, S., Le Cardinal, P., Marsili, M., François, G., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2011). Intégrer danciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale - Une expérience pilote. *La santé de l'homme*, 413, 32-33.
- Durand, B. (2010). Doit-on professionnaliser les pairs-aidants? *Rhizome*, 40, 10.
- Dutoit, M., & Saint-Pé, M.-C. (2009). La pair-aidance en santé mentale. *Rhizome*, 36, 12.
- Faulkner, A., & Thomas, P. (2002). User-led Research and Evidence-based Medicine. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 1-3.
- Flora, L. (2013). Savoirs expérientiels des madales, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé: état des lieux. *Education permanente*, (195), 59-72.
- Flora, L. (2016). Le savoir des malades à travers un référentiel de compétences « patient » utilisé en éducation médicale. *La Recherche en Education*, 0(16).
- Flora, L., Payot, A., & Berkesse, A. (s. d.). Le partenariat patient appliqué à la formation des professionnels de la santé : vers un nouveau paradigme humaniste et éthique de co-construction des savoirs en santé.
- Gardien, E. (2010). La pair-émulation dans le champ du handicap - Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome*, 40, 2-3.
- Germanier, S., Nater, F., McCormick, M., Zbinden, B., Schaller, X., & Hartmann, E. (2014). Pair praticien en santé mentale : Un nouveau métier. *Diagonales*, (101), 4-9.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges.
- Girard, V. (2010). Petite histoire du rétablissement et des médiateurs en santé mentale à Marseille. *Rhizome*, 40, 9,13.
- Gruhl, K. L. R., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health*, 25(1), 78-86.
- Hartmann, E., & Broers, B. (2011). Des pairs aidants dans le domaine de la santé mentale en Suisse romande ? *Dépendances*, (45), 10-11.
- Harvey, D. (Éd.). (2006). Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale : Leadership et prestation des services. *Le Partenaire*, 14(1).
- Harvey, D., & Lagueux, N. (2007). Bilan de la phase I: Programme québécois Pairs-Aidants Réseau. AQRP.
- J, H., Hendriksen-Favier, A. I., & Boer, M. (2010). Training and employment of consumer provider employees in Dutch mental health care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 65-67.
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. (2012). What Do Peer Support Workers Do? A Job Description. *BMC Health Services Research*, 205(12), 1-11.
- Jauffret-Roustide, M. (2010). L'auto-support des usagers de drogues - Concepts et applications. *Rhizome*, 40, 5-6.

- Jouet, E., Favriel, S., & Greacen, T. (2011). Emilia - Un programme de empowerment en santé mentale. *La santé de l'homme*, 413, 26-28.
- Jouet, E., & Flora, L. (2011). Empowerment et santé mentale - Le contexte et la situation en France. *La santé de l'homme*, 413, 12-15.
- Jouet, E., & Greacen, T. (2010). Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie. *Rhizome*, 40, 7-8.
- Karazivan, P., Dumez, V., Flora, L., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Ghadiri, D. P., & Lebel, P. (s. d.). The Patient-as-Partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition.
- Khoo, R., McVicar, A., & Brandon, D. (2004). Service user involvement in postgraduate mental health education. Does it benefit practice? *Journal of Mental Health*, 13(5), 481-492.
- Kuhn, W., Bellinger, J., Stevens-Manser, S., & Kaufman, L. (2014). Peer Specialist Integration Into the Mental Healthcare Workforce. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 453-458.
- Lacoste, M. (2010). L'expérience du savoir et le savoir de l'expérience. *Rhizome*, 40, 4.
- Lagueux, N. (2010). La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. *Rhizome*, 40, 11-12.
- Lagueux, N. (2011). L'intervention par les pairs, un tandem de espoir vers le rétablissement. *Revue thématique du CREA PACA et Corse*. Marseille.
- Laval, C., & Furtos, J. (11/10). Incontournables savoirs profanes. *Rhizome*, 40, 1.
- Le Cardinal, P., Davidson, L., Finkelstein, C., Roelandt, J.-L., Greacen, T., Jouet, E., & others. (2010). Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins. *Pluriels*, 85-86.
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness.
- Lochard, Y. (s. d.). L'évènement des « savoirs expérientiels ». *La Revue de l'ères*, (55), 79-95.
- Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer Support in Mental Health Services. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 276-281.
- Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (s. d.). Effectiveness of One-to-one Peer Support for Patients with Severe Mental Illness . A Randomised Controlled Trial. *European Psychiatry*.
- McCluskey, I. (2016). Pair praticien en santé mentale. L'émergence d'une nouvelle profession. *Dépendances*, (57), 17-19.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What Makes it Unique. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.
- Miyamoto, Y., & Sono, T. (2012). Lessons from Peer Support Among Individuals with Mental Health Difficulties: A Review of the Literature. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 8, 22-29.

- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281-291.
- Nater, F. (2014). Le métier de pair praticien. *Diagonales*, (98), 15.
- Noorani, T. (2013). Service user involvement, authority and the expert-by-experience in mental health. *Journal of Political Power*, 6(1), 49-68.
- Oates, J., Drey, N., & Jones, J. (2017). Your experiences were your tools. How personal experience of mental health problems informs mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49, 796-804.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of Peer Support Interventions for Depression: A Meta-Analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36.
- Pilgrim, D., & Waldron, L. (1998). User Involvement in Mental Health Service Development: How Far Can it Go? *Journal of Mental Health*, 7(1), 95-104.
- Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as Partners: A Qualitative Study of Patients' Engagement in Their Health Care. *PLoS ONE*, 10(4), e0122499.
- Provencher, H., Gagné, C., & Legris, L. (s. d.). L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: Points de vue de divers acteurs (Synthèse).
- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853-861.
- Repper, J. (10/13). Peer support workers: a practical guide to implementation. Centre for Mental Health and Mental Health Network.
- Repper, J. (06/13). Peer support workers: theory and practice. Centre for Mental Health and Mental Health Network.
- Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). Peer support workers: Theory and practice. London, UK: Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.
- Repper, J., & Carter, T. (s. d.). L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires.
- Richards, T., Montori, V. M., Godlee, F., Lapsley, P., & Paul, D. (2013). Let the patient revolution begin. *BMJ*, 346, f2614.
- Roelandt, J.-L. (10.16). Rétablissement, pouvoir d'agir et citoyenneté. Des recommandations de l'OMS à l'application en France. Caen, France: Groupement des Hôpitaux de Jour Psychiatriques.
- Romanens-Pythoud, S., & Macchi, M.-F. (2015). Pairs praticiens : Où en sont-ils ? *Diagonales*, (107), 16-17.



- Rose, D. (2008). Service User Produced Knowledge. *Journal of Mental Health*, 17(5), 447-451.
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É., & Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. *Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. Lien social et Politiques*, (67), 183.
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The Treatment Relationship in Peer-based and Regular Case Management for Clients with Severe Mental Illness. *Psychiatric services*, 57(8), 1179-1184.
- Siantz, E., Henwood, B., & Gilmer, T. (2017). Peer Support in Full-Service Partnerships: A Multiple Case Study Analysis. *Community Mental Health Journal*, 1-8.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of Peer Support in Reducing Readmissions of Persons With Multiple Psychiatric Hospitalizations. *Psychiatric Services*, 62(5), 541-544.
- Slomic, M., Christiansen, B., Soberg, H. L., & Sveen, U. (2016). User Involvement and Experiential Knowledge in Interprofessional Rehabilitation: A Grounded Theory Study. *BMC Health Services Research*.
- Soffe, J., Read, J., & Frude, N. (2004). A Survey of Clinical Psychologists' Views Regarding Service User Involvement in Mental Health Services. *Journal of Mental Health*, 13(6), 583-592.
- Stucki, V., & Boss, N. (2015). Regards croisés sur la pair-aidance et le savoir expérientiel. *Lettre trimestrielle de Pro Mente Sana*, (65-66).
- Styron, T. (1993). The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation. *Psychiatry*, 50, 85-94.
- Syrett, M. (2011). Service User Involvement in Mental Health Research: A User's Perspective. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(3), 201-205.
- Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging User Involvement in Mental Health Services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175.
- Telford, R., & Faulkner, A. (2004). Learning About Service User Involvement in Mental Health Research. *Journal of Mental Health*, 13(6), 549-559.
- Thomas, S. (s. d.). Sharing Records with Patients with Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*.
- Trachtenberg, M., Parsonage, M., Shepherd, G., & Boardman, J. (2013). Peer Support in Mental Health Care: Is it Good Value for Money?
- Van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E. P. M., van Assen, M. A. L. M., & van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a Peer-Run Course on Recovery From Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 63(1), 54-60.
- Wykurz, G., & Kelly, D. (2002). Developing the Role of Patients as Teachers: Literature Review. *BMJ*, 325(7368), 818-821.
- Yanos, P. T., Primavera, L. H., & Knight, E. L. (2001). Consumer-Run Service Participation, Recovery of Social Functioning, and the Mediating Role of Psychological Factors. *Psychiatric Services*, 52(4), 493-500.





Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## ANNEXES

---

### PLAN DE CRISE CONJOINT

**Description de la situation qui a motivé le suivi :** (évènements, conséquences, symptômes, antécédents)

**Qu'est-ce qui pourrait provoquer un stress qui vous dépasse, et vous mettre en situation de crise ?**

**Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ?** (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

**Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ?** (moyens de diminuer le stress)

**A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ?** (Nom, Prénom, tél, rôle) :



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ?**  
 (fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

**En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?**

**Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement** (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

**Quelle médication prenez-vous habituellement :**

Médicament	Dosage	Date du début	Date de l'arrêt

Lieu et date :


Rôles et signatures :



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

**Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features**

CHUV  
Centre hospitalier universitaire vaudois  
Département de psychiatrie - PCO - Service de psychiatrie communautaire  
Consultations de Chauderon  
Place Chauderon 18  
1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 314 54 24  
Fax +41 (0)21 314 15 99  
<http://www.chuv.ch/psychiatrie>