

Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir

Wendy Hude
Eric Pinet

¹ Médiatrice de santé-paire,
chargée de mission au CCOMS,
211 rue Roger-Salengro
59260 Hellemmes, France

² Médiateur de santé-pair,
FDR GAIA 17,
97 ter rue Thiers,
17300 Rochefort, France

Résumé. Le métier de médiateurs de santé-pair (MSP) est un métier en émergence d'où se dégage déjà une forte identité professionnelle.

Les MSP sont des pairs aidants professionnels en santé mentale. Leur profession s'appuie sur leur parcours de rétablissement et sur leur capacité à prendre du recul par rapport à ce parcours. Tous ont fait l'expérience de troubles psychiques, de ses effets sur leur vie quotidienne, et du regard plus ou moins stigmatisant que la société peut porter sur eux.

Ils ont suivi une formation universitaire, validée par une licence en sciences sanitaires et sociales qui vient compléter leur parcours expérientiel.

Cet article tente de dessiner les contours de ce métier en construction.

Mots clés : pair aidant, rétablissement, accompagnement, psychiatrie, médiateur de santé pair, profession, formation

Abstract. Professional peer support workers: An emerging profession.

Peer support worker is an emerging profession with an already well-developed professional identity, with well-defined requirements and training.

Peer support workers are professionals who use their experience as recovered psychiatric patients. All have personal experience with mental health issues, the impact that these issues have on daily life, and society's often-stigmatizing attitude toward mental health issues.

Peer support workers must complete a degree in health and social sciences.

This article outlines the basic features of this developing profession.

Key words: peer support worker, recovery, support, psychiatry, profession, training

Resumen. Los mediadores de salud pares: una profesión en evolución. El oficio de Mediadores de Salud pares (MSP) es un oficio emergente del que se desprende ya una fuerte identidad profesional.

Los MSP son pares auxiliares profesionales en salud mental. Su profesión descansa en su recorrido de restablecimiento y su capacidad para mantener cierta distancia con relación a este recorrido. Han conocido todos la experiencia de los trastornos psíquicos, de sus efectos en su vida cotidiana y de la mirada más o menos estigmatizante que la sociedad puede hecharles.

Han seguido una formación universitaria, convalidada por una licenciatura en ciencias sanitarias y sociales que viene a completar su recorrido expériential.

Palabras claves: par ayudante, restablecimiento, acompañamiento, psiquiatría, mediador de salud auxiliar, profesión, formación

En 2012, s'inspirant d'expériences étrangères, en particulier québécoises, anglaises, écossaises en les adaptant au contexte français, le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) initie un programme de pair aide professionnelle [1]. Ce programme a pour objectif de valoriser les parcours et les savoirs expérientiels d'usagers ou d'ex-usagers de services de psychiatrie afin de démontrer l'efficacité de la pair aide dans les contextes de soins et d'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques.

Correspondance : W. Hude
<whude@epsm-lille-metropole.fr>

Le terme médiateur de santé-pair (MSP) désigne ainsi une nouvelle catégorie d'intervenants exerçant au sein des services de santé mentale. Les médiateurs de santé-pairs ont en commun l'expérience des troubles psychiques et d'un parcours de rétablissement. Leur travail s'inscrit dans une approche orientée « rétablissement » : elle implique un déplacement de la perspective médicale traditionnelle centrée sur la maladie, vers une perspective centrée sur la personne dans sa globalité et sur son devenir. Le concept de rétablissement s'inscrit dans une nouvelle posture épistémologique, car il suppose une approche du soin et de l'accompagnement à partir des ressources, des compétences, des capacités et des forces des individus.

Le devenir des MSP

Promotion 2012

29 MSP ont commencé la formation et l'emploi en janvier 2012.

7 ont souhaité arrêter avant la fin de la formation.

10 travaillent encore aujourd'hui en tant que MSP.

Les 12 autres personnes ont exercé plusieurs années en tant que MSP, puis ont évolué vers d'autres parcours (cursus en psychologie) ou fonctions, telles que coordonnateur de CLSM, animateur de GEM, coordonnateur universitaire de la licence médiateur de santé-pair.

Promotion 2018

35 MSP ont commencé la formation et l'emploi en janvier 2018.

4 ont souhaité arrêter avant la fin de la formation.

2 n'ont pas vu leur contrat reconduit.

3 ne sont plus MSP sur le terrain mais ont des fonctions autres dans le champ de la santé mentale (par exemple, chargé de mission, coordonnateur de la licence MSP à l'université).

26 travaillent encore aujourd'hui en tant que MSP.

Promotion 2019

34 MSP ont commencé la formation et l'emploi en septembre 2019.

2 ont souhaité arrêter avant la fin de la formation.

32 sont en cours de formation et en poste, ils termineront leur licence en septembre 2020.

Les savoirs expérientiels : la spécificité du MSP (encadrés 1-3)

Ce sont les savoirs expérientiels qui fondent la spécificité du MSP et qui impliquent une attitude sensiblement différente des soignants, ainsi qu'une posture spécifique. De manière générale, les savoirs expérientiels peuvent être définis comme un ensemble de compétences qu'une personne développe lorsqu'une problématique de santé lui impose une adaptation importante.

Ce sont des savoirs « *issus du vécu des problèmes de santé de la personne, de sa connaissance de la trajectoire des soins et des services, et des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches.* » [2].

Alain Bonnami s'inspirant de la réflexion d'Ève Gardien complète cette définition des savoirs expérientiels et montre toute la complexité de la notion : « *Ce savoir n'est pas réductible à l'expérience, il fonde son acquisition sur des acquisitions antérieures, des apprentissages diversifiés, et le langage. Le savoir expérientiel ne concerne pas que l'expérience, il s'étend et comprend toutes formes d'activités humaines, savoirs d'action, technique, procédural, théorique. [...] Le savoir*

La licence MSP

Contenus communs avec la licence SSS

- Sociologie de la santé
- Sociologie de la précarité et de l'insertion
- Sociologie de la médecine
- Migration et santé
- Droit de la santé
- Économie de la santé.

1. Contenus spécifiques au parcours MSP

Contenus méthodologiques

- Méthodologie universitaire
- Méthodologie du rapport de stage
- Prise de parole en public

Organisation du système sanitaire et social

- L'engagement des patients dans le système de santé
- L'organisation des soins en psychiatrie

Connaissances générales en psychiatrie

- Histoire de la psychiatrie et de la désinstitutionnalisation
- Les différentes approches thérapeutiques en psychiatrie
- La sémiologie des troubles psychiatriques
- Les traitements médicamenteux
- Le handicap psychique

Enjeux contemporains autour de la santé mentale

- La médiation en santé
- L'approche centrée sur le patient
- Le rétablissement
- L'*empowerment*
- Les savoirs expérientiels
- Présentation de programmes et d'initiatives innovantes, présentation du secteur G21 à Lille
- Qualité de vie, qualité des soins, destigmatisation
- Accès aux droits pour les usagers
- Éthique et déontologie
- Addictologie
- Techniques d'entretien individuel et collectif
- Certificat d'ETP (correspondant aux 40 heures nécessaires pour animer les programmes ETP)
- Temps d'échanges et de retour d'expérience en lien avec le lieu de travail

expérientiel est une mise en forme d'une situation vécue et nécessite, pour y parvenir, une représentation, une sémantisation et un accès à la signification de l'expérience, un travail cognitif sur la façon dont on peut rendre compte et apprendre de l'expérience afin d'en élaborer un savoir d'usage. [...]» [3]

Dans le champ de la santé mentale, les savoirs expérientiels des MSP se sont construits sur différents types d'expérience : pour les personnes ayant vécu l'hospitalisation, les différentes formes et niveaux

Missions générales des MSP

- Agir pour favoriser l'accès aux soins et le maintien des usagers des soins en santé mentale dans leur environnement social, affectif et professionnel.
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé de soin en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et l'utilisateur.
- Participer à la mise en œuvre des plans de soin et d'insertion professionnelle et sociale, ainsi que du plan de rétablissement de l'utilisateur.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accueil de l'utilisateur au sein des services et structures par la médiation.

de contrainte, les relations au personnel soignant, les rapports de force obligent souvent à un réajustement constant du rapport à soi, du rapport à l'autre et au monde. Plus largement, le vécu de troubles psychiques induit un rapport spécifique au corps. Il suppose la traversée de périodes de confusion, de doute, voire de désespoir, qui parfois entraînent un déclin voire une absence de désir de vivre. La honte, le sentiment d'abandon, les problèmes de vie consécutifs au trouble psychique (chômage, précarité, problèmes financiers et de logement, perte des amis...) deviennent alors prégnants. Les équipes identifient bien ces difficultés, mais les MSP les ont vécues « de l'intérieur », et savent en quoi elles peuvent bouleverser l'existence.

Pour autant, ces éléments ne suffisent pas à définir les savoirs expérientiels à la base du travail du MSP. Il y manque une part fondamentale de ce parcours expérientiel : avoir réussi à ne plus être l'objet uniquement de la pathologie mais tenter de vivre une vie la plus satisfaisante possible. Comment ? À quel rythme ? En mobilisant quelles ressources et quels moyens ?

Les parcours des MSP leur ont permis de développer des qualités d'écoute particulières : même si leurs savoirs expérientiels sont d'abord en lien avec leurs expériences propres, et qu'il n'existe pas de symétrie parfaite dans le partage d'expérience, un mécanisme d'identification s'opère. Pour parvenir à mobiliser ces savoirs expérientiels dans leur travail avec les usagers, les MSP doivent pouvoir se souvenir, pouvoir reprendre contact avec des émotions difficiles sans se sentir submergés, être capables de re-convoquer régulièrement des expériences potentiellement douloureuses.

Une approche orientée « rétablissement », centrée sur le pouvoir d'agir des personnes

Selon Patricia Deagan, « *Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face.*

Être en rétablissement signifie que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire.

Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer et de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser » [4].

Retrouver une forme d'espoir, aussi minime soit-il, est en général le facteur déclencheur d'un processus de rétablissement. Lors d'une première rencontre avec un MSP, les usagers sont agréablement surpris lorsqu'ils comprennent qu'une personne qu'ils considèrent faisant partie du groupe des « stigmatisés » fait partie de l'équipe soignante. Les patients questionnent les MSP sur leurs parcours, souhaitent savoir sur quels leviers ces derniers se sont appuyés pour reprendre confiance en eux et vivre au mieux avec des troubles psychiques.

Les MSP utilisent l'approche par les forces qui correspond à la fois à une philosophie de pratiques et un ensemble de méthodes ou outils, afin d'aider les personnes à s'investir ou se réinvestir dans leurs soins et leurs projets. À titre d'exemple, encouragé par ses échanges avec un MSP, l'utilisateur osera poser des questions au psychiatre sur les traitements ou, dans un autre registre, parviendra à cibler le bon interlocuteur pour mener à bien un projet (éducateur spécialisé, assistante sociale).

Les personnes accompagnées ont souvent le sentiment d'être définies en grande partie par leurs pathologies, leurs troubles. Beaucoup de MSP qui travaillent dans des services où la vie de patient est encore rythmée par la prise des médicaments et les rencontres avec le psychiatre, tentent d'exploiter les espaces et les temps interstitiels afin de proposer d'autres moments. Dans d'autres structures davantage orientées vers le rétablissement, leurs actions ont été pensées en amont et s'intègrent plus clairement dans le fonctionnement d'équipe, en collaboration étroite avec les professionnels en place. À titre d'exemple, il peut s'agir d'un travail sur les compétences sociales en lien avec l'équipe éducative. Dans le secteur médico-social, les accompagnements en milieu ordinaire sont autant d'occasions de contribuer au rétablissement par la rencontre avec les différentes situations de la vie quotidienne.

Le rôle du MSP auprès des équipes

Pour permettre aux usagers de reprendre le pouvoir sur leur vie, il est fondamental de réfléchir au pouvoir d'agir des institutions et collectivités et à la capacité du système de santé à répondre aux besoins de santé des personnes en termes d'accès à des soins bien traitants. C'est la notion « d'environnement capacitant ». En retour,

les personnes soutenues par l'environnement peuvent elles-mêmes agir sur le système en proposant des pistes d'améliorations. Articuler cette nécessaire collaboration peut faire partie des missions du MSP.

Une critique courante du concept d'*empowerment* individuel est qu'il renvoie à une vision productiviste de la personne. Il s'agirait d'en faire une personne autonome, (sur)adaptée au système. Ce concept masquerait l'impuissance d'un système, en laissant penser que ces personnes sont seules responsables de leur bien-être. Cette position questionne en effet les idées de « carences individuelles et de carences sociétales ». C'est pourquoi la notion d'*empowerment* communautaire et organisationnel est intéressante car elle renvoie à une forme de responsabilité collective dans la prise en soin des personnes. L'OMS préconise par ailleurs de développer l'*empowerment* en santé mentale car cela possède des effets bénéfiques au niveau biologique, psychologique et sociétal. Soutenir la reprise du pouvoir des personnes sur leurs vies nécessite donc de transformer les pratiques et d'agir sur la capacité du système à offrir des soins bien traitants.

Un exemple de travail en équipe : l'élaboration et l'animation de programmes d'éducation thérapeutique du patient ou de formation à la santé et au rétablissement

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une activité dans laquelle le MSP a toute sa place. L'ETP qui prend appui sur les connaissances des usagers, de leurs troubles et sur les stratégies d'adaptation qu'ils ont déjà mises en place permet aux personnes d'améliorer leurs compétences d'autosoins. Pour qu'un programme d'ETP ou de formation au rétablissement soit cohérent et en phase avec les besoins des personnes, il est indispensable que le MSP travaille avec l'équipe à tous les stades du programme : dans la construction du programme, dans l'animation, mais également en vue de l'amélioration constante de ces programmes. Dans la co-construction, les savoirs expérientiels du MSP permettent de pleinement saisir les besoins des personnes accompagnées en évoquant des besoins non immédiatement cernés par les professionnels ; ils permettent également le développement d'outils spécifiques. Dans la co-animation, le mécanisme d'identification prend tout son sens. Le MSP, rompu à l'écoute active et du fait de son bilinguisme (capacité à naviguer entre le langage des usagers et celui des professionnels) fluidifie les échanges qui sont plus équilibrés car éloignés de la dimension purement biomédicale. Les savoirs expérientiels sont valorisés et développés, favorisant ainsi la reprise du pouvoir d'agir des personnes et leur pleine participation dans les soins ou l'accompagnement qui les concerne.

Le métier de médiateur de santé-pair

Faute d'un référentiel unique, les incarnations professionnelles des MSP sont très variées, dépendant autant des structures qui les intègrent, des personnalités de chacun d'entre eux, mais aussi de leurs parcours de rétablissement respectifs.

Dans le langage courant, il existe une certaine confusion entre les notions de métier et de profession alors qu'elles définissent des objets différents. Notre intention n'est pas ici d'approfondir les aspects sociologiques du métier mais de s'appuyer sur une définition simple pour illustrer l'émergence du métier de MSP.

Selon le Robert, le **métier** renvoie « à une occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société ». Toujours selon ce dictionnaire, la **profession** est une notion d'origine religieuse qui renvoie à une déclaration publique ouverte, d'un sentiment ou d'une croyance dite « profession de foi ». Aujourd'hui le terme de profession s'est démocratisé. Cette notion fait référence à une déclaration. Elle consiste à « professer à enseigner du haut d'une chaire, des opinions, des théories ».

Les MSP sont à la croisée de ces deux définitions. De la première ils empruntent la dimension d'utilité dans et pour la société ; de la seconde, sans professer (bien que certains MSP enseignent) ils participent à la diffusion de la connaissance autour du rétablissement, à la déstigmatisation, et contribuent à faciliter l'inclusion sociale des personnes accompagnées.

On trouve dans les écrits de Renaud Sainsaulieu un concept qui permet de mieux comprendre la dynamique de création de ce métier à l'œuvre : celui d'identité professionnelle.

« *L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Elle est le produit d'une incorporation de savoirs professionnels. Elle constitue donc une socialisation secondaire.* » [5].

Dans ce cadre professionnel, il souligne que l'identité subit une socialisation originale en raison des effets du pouvoir, des métiers et des classes sociales présentes : « *Au fond, ce que j'ai montré, c'est que la vie de travail est non seulement un lieu de rapports techniques, de rapports de pouvoir ou de combats de classes, mais aussi un lieu de socialisation où les gens apprennent des formes plus ou moins souples, plus ou moins riches de rapports aux autres, et du même coup peuvent "charger leur expérience" [...].* » [5].

Cette incise nous semble particulièrement bien adaptée, en ce qu'elle met en lumière cette double relation à la fois technique et sociale que l'on retrouve particulièrement présente chez les MSP. Ils ont pour la plupart développé empiriquement leurs savoirs situés, leur connaissance du fonctionnement du système de soin. Ils peuvent décrire, expliquer avec une précision inégalée leur ressenti, leur perception, leur expérience de malade dans la société. Enfin, une majorité de MSP

possède une expérience professionnelle autre que celle qu'ils exercent aujourd'hui.

Une qualification spécifique

Les promotions de MSP qui se succèdent font apparaître une maturation progressive de la qualification, à la fois sous l'effet des employeurs de mieux en mieux sensibilisés à la pair aide et sous celui des MSP en formation alternée sur le terrain et à l'université. Il apparaît tout aussi indispensable pour ses collègues que pour lui-même d'identifier ce qui distingue le MSP sur le plan professionnel. La licence en sciences sanitaires et sociales, parcours MSP de l'université de Bobigny-Paris 13, facilite l'identification du niveau de compétences au moins en regard des grilles salariales et des conventions collectives. Les enseignements sont variés, permettent d'obtenir une culture générale du secteur sanitaire et social et proposent des outils pour alimenter la réflexion des MSP sur leur propre métier.

Une activité professionnelle rémunératrice

Les MSP sont des pairs aidants professionnels. S'il est encore délicat de les classer dans une grille salariale ou en regard d'une convention collective, le service ou l'organisme d'accueil s'engagent dès le début de leur formation à pérenniser leur emploi. En outre, le dispositif de formation des MSP repose sur deux parties complémentaires : la formation universitaire et la formation sur le terrain. Chacun des temps contribue à former un ensemble cohérent. Sur le terrain, ce sont les compétences et les connaissances pratiques qui prennent forme. À l'université, les savoirs « savants » mais aussi la conscientisation et la distanciation par rapport au parcours expérientiel sont interrogés.

L'existence d'un groupement professionnel

Il appartient aux MSP de faire le choix de se fédérer. Ce besoin est exprimé aussi bien par les MSP déjà en poste depuis quelques années que par les MSP en formation. Les réseaux sociaux jouent un rôle important pour faciliter les échanges sur le territoire national qui contribuent à la structuration, à la fédération des volontés, des forces et des énergies nécessaires à l'émergence du groupe professionnel. Beaucoup de MSP organisent ou participent à des rencontres locales. Pour l'instant, selon les expériences, les lieux de pratique et la maturité des MSP, les objectifs de regroupement professionnel n'en sont pas encore arrivés à une convergence suffisante, mais les germes sont bien présents.

Des habiletés techniques, acquises par l'expérience et la formation

Le point de départ effectif de la formation des MSP repose sur leur parcours expérientiel de rétablissement, préalable également à leur entrée en formation universitaire. Les deux forment là encore un tout cohérent. La formation universitaire apporte outre les concepts sociologiques, les connaissances médicales de base, des outils méthodologiques, d'analyse et d'animation, une capacité importante qui vient compléter ce parcours : la capacité à prendre du recul, de la distance autant par rapport à son propre vécu qu'en regard des situations rencontrées.

La formation des MSP comprend également des temps d'échanges de pratiques entre MSP, conduits en dehors de l'université et du lieu de travail qui confrontent, et parfois confortent les expériences.

L'existence d'un cadre légal

L'absence d'un référentiel ne signifie pas absence de cadre. Dès lors qu'une personne est salariée elle fait partie d'une organisation sociale, hiérarchique régie par des règles, mais aussi porteuse de valeurs, héritière d'une histoire, constituée d'individus différents qui vont contribuer à définir le cadre légal d'exercice du métier de MSP.

Une certaine forme de permanence

Il est sans doute encore trop tôt pour parler de permanence du métier. En revanche, son expansion est réelle. De plus en plus de structures et de services constatent l'influence positive des MSP sur la diminution des hospitalisations, les connexions avec le milieu ordinaire, et plus largement et fondamentalement sur le rétablissement des personnes. En outre le regard du MSP vient souvent interroger celui des équipes amenant à modifier les pratiques. Cette valeur ajoutée plaide en faveur d'une stabilisation du métier. Ajoutons que peu de MSP quittent leur emploi, ce qui tend à faire penser qu'ils y trouvent un réel intérêt tout comme les structures qui les emploient.

Un référentiel qui définit les conditions d'accès au métier, les lieux d'exercice, les missions, les rôles, les responsabilités et les fonctions associées

On l'a vu, les conditions d'accès au métier de médiateur de santé-pair sont définies par plusieurs critères : l'expérience et la formation.

Les lieux d'activité professionnelle sont très différents. On retrouve des MSP dans le secteur sanitaire et le secteur médicosocial. Ce qui importe pour que l'intégration d'un MSP soit réussie, c'est l'existence d'un projet autour de son accueil. Pourquoi fait-on appel à un pair aidant ? Les notions de rétablissement, de savoirs expérientiels et d'*empowerment* sont-elles familières aux équipes ? Car ces deux dernières sont celles qui le distinguent des autres professionnels avec lesquels il est amené à travailler.

Pour la définition des missions, du rôle, des fonctions et responsabilités, à défaut d'un référentiel commun, les structures d'accueil des MSP construisent des fiches de postes, souvent inspirées de celles des promotions précédentes. La plupart du temps, ces fiches sont rédigées avec le MSP. Dans l'idéal, elles impliquent l'ensemble des membres des équipes concernées par sa présence, ce qui facilitera par la suite son intégration. On constate également que ces fiches de poste sont souvent appelées à évoluer avec le temps. C'est à la fois une démarche légitime et bénéfique car elle traduit une réflexion sur ce dont les équipes peuvent tirer profit de la présence d'un MSP.

Conclusion

Les MSP ont construit leur place dans des espaces professionnels déjà très hiérarchisés. Ils se sont d'abord logés dans les interstices pour étendre progressivement leur champ d'intervention. Il a parfois été difficile pour certains professionnels en place de reconnaître des savoirs à ces nouveaux acteurs œuvrant dans leur espace. Inévitablement, intégrer un MSP dans une équipe conduit à interroger les pratiques du service.

Par ailleurs, l'approche rétablissement met en tension la nécessité d'une prise de risque mesurée pour que les personnes puissent se lancer sur le chemin de l'autonomie et d'une liberté assumée, et l'indispensable protection des personnes.

Selon Paul Ricoeur, « *la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, de pouvoir faire, ressenties comme une atteinte à l'intégrité de soi.* » [6] Au-delà des symptômes et des pathologies, c'est bien cette souffrance qu'il est important d'apaiser chez les personnes.

Les troubles psychiques interrogent chez celui qui en souffre, chez les soignants et chez chacun d'entre nous, des notions telles que la vulnérabilité, la norme, la liberté et la responsabilité. Au-delà des équipes de terrain et des professionnels avec qui le MSP travaille, c'est la société et ses orientations sociales, philosophiques et politiques que ce nouveau métier vient interroger. Le métier de médiateur de santé-pair vient en effet « *poser les bases d'une révolution conceptuelle de la psychiatrie, dont on verra peut-être les effets et les conséquences d'ici quelques décennies. [...] Le croisement du vécu expérientiel des usagers avec les observations des professionnels permet enfin la définition d'un terrain commun ou les deux perspectives, interne et externe, ne seront plus alternatives mais synergiques.* » [7].

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet éditorial.

Références

1. Roelandt JL, Staedel B (dir.). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : Une révolution intranquille*. Paris : Doin, 2016.
2. Pomey MP. Le « Montreal Model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de santé. *Santé Publique* 2015 ; S1 : 41.
3. Bonnami A. *Le pair-aidant : un nouvel acteur du travail social ?*. Montrouge : ESF Editeur, 2019.
4. Quintal ML, Vigneault L (dir.). *Je suis une personne pas une maladie ! La maladie mentale, L'Espoir d'un mieux-être*. Longueuil : Performance Édition, 2013.
5. Sainsaulieu R. *L'identité au travail*. Paris : Presses de Sciences Po, 2019.
6. Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Paris : Editions du Seuil, 1996.
7. Marsili M, Koenig M, Stona A. *Aller mieux, approches sociologiques*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2016.