UFR SMBH Santé, Médecine et Biologie Humaine

LEPS Laboratoire Educations et Pratiques de Santé EA 3412

IRIS INSTITUT DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE SUR LES ENJEUX SOCIAUX SCIENCES SOCIALES, POLITIQUE, SANTÉ

Licence 3 Sciences Sanitaires et Sociales

Parcours Médiatrices/teurs de Santé-Pairs

Promotion 2019-2020

Fabrice MONTOYO

Mémoire Professionnel

26 Juillet 2020

Université Sorbonne Paris Nord

REMERCIEMENTS

Je remercie les Docteurs René Cassou de Saint Mathurin, Claude Cortial, Christian Gay, Bruno Gonzales, et celui qui souhaite rester anonyme.

Je remercie Julie Letalle, Marine Merlevede, Cyril Grosjean et Marie Noëlle Cadou du centre de ressources sur le handicap psychique des hauts de France.

Je remercie Célia Daligault, Denis Hervé et Vincent Rameaux de l'Association Pour l'Aide des Adultes et Jeunes Handicapés d'avoir guidé mes premiers pas en tant que médiateur de santé pair aidant.

Je remercie le Docteur Laurent Defromont, Gery Kruhelsky, Laeticia Navy, Nicolas Lehnbach, Nicolas Daumerie, Corinne Noël, Mélanie Clément, Lidia Pereira, Nathalie, Arnaud, Amandine, Frédéric, Antony, Aurore, Myriam, Mehdi et tous mes autres collègues de l'établissement public de santé Lille-Métropole secteur 59G21.

Je remercie le Dr Jean-Luc Rolaendt d'avoir éclairé ma curiosité sur la production artistique et le virage ambulatoire du secteur 59G21.

Je remercie mon *bipote* Pierre Coubelle, Martine Dos Santos, Présidente de l'UNAFAM Dordogne et Antony Robin, coordonnateur du recovery college de Bergerac.

Je remercie ma fille Alice pour ses encouragements et je m'excuse auprès d'Antoine pour ma maladresse paternelle. Je remercie leur Maman Catherine d'avoir été aidante au sortir du premier diagnostic.

Je remercie Rémy Gagnayre, Directeur du Laboratoire Éducations et Pratiques de Santé de l'Université Sorbonne Paris-Nord, pour avoir lu et relu ce travail de mémoire tout en proposant des suggestions pertinentes.

Je remercie toutes les personnes que j'ai eu la chance d'accompagner pour la confiance accordée alors que je débutais dans le métier de médiateur de santé pair.

Je remercie ma compagne éternelle, Emmanuelle, de m'encourager à suivre mon étoile professionnelle tout en gardant raison.

« Docteur, vous venez de faire la moue en parlant du gout du Stilnox.
J'en déduis que vous en consommez…
(Sourires complices entre pairs) »

Pour alléger la lecture, l'écriture inclusive n'est pas utilisée dans ce travail de mémoire. Cependant, j'ai constaté que les femmes sont souvent plus courageuses que beaucoup d'hommes.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

1 PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE ET DES MISSIONS CONFIÉES...6

1.1 PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE DITE "G21" 6
1.2 PRÉSENTATION DES MISSIONS DONNÉES PAR LA STRUCTURE AU DÉPART....7
1.3 ANALYSE DE L'ÉCART ENTRE LES PERCEPTIONS INITIALES DU MÉTIER....7

2 DESCRIPTION DE MON ACTIVITÉ ET DE SON ÉVOLUTION 8

2.1 TOUR DE DÉCOUVERTE MUTUELLE ET DE FORMATION CONTINUE 8
2.2 ACTIVITÉ EN DOUBLE COMMANDE 10
2.3 ACTIVITÉ EN AUTONOMIE 11

3 PROCESSUS D'INTÉGRATION AU SEIN DES ÉQUIPES ET DES USAGERS 12

3.1 PROCESSUS D'INTÉGRATION AU SEIN DES ÉQUIPES SMPP ET HABICITÉ....12
3.2 PROCESSUS D'ALLIANCE AVEC LES USAGÈRES ET USAGERS 13

4 RÔLE AUPRÈS DE L'ÉQUIPE ET DES USAGERS ET IMPACT DE MA PRÉSENCE 14

4.1 ANALYSE DE MON RÔLE AU SEIN DES ÉQUIPES 14
4.2 FREINS RENCONTRÉS 15
4.3 LEVIERS UTILISÉS 15
4.4 IMPACT DE MA PRÉSENCE SUR LA STRUCTURE ET SES LIMITES 16
4.5 IMPACT DE MON TRAVAIL SUR LES USAGÈRES ET USAGERS....17

5 LA CONSTRUCTION DE MON MÉTIER DE MÉDIATEUR DE SANTÉ-PAIR....18

5.1 UN BESOIN VITAL D'AIDER 18
5.2 LES PREMIÈRES PIERRES DE LA CONSTRUCTION DU MÉTIER 18
5.3 DE MON EXPÉRIENCE À UN SAVOIR EXPÉRIENTIEL....19
5.4 LES PRINCIPAUX APPORTS EN FORMATION DE MÉDIATEUR DE SANTÉ PAIR À L'UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS NORD ET SUR LE TERRAIN À LILLE-MÉTROPOLE....20
5.5 LES PRINCIPALES LIMITES QUE JE ME DONNE DANS L'EXERCICE DU MÉTIER....21

CONCLUSION

INTRODUCTION

Le premier pair en santé mentale que j'ai rencontré était psychiatre expérimenté. Au cours de la cure, il a un soir dévoilé à demis mots être lui-même concerné et avoir travaillé comme nous le faisions avec Jacques Lacan. Cette révélation et la confiance accordée m'ont rassuré quant aux capacités de cet homme à m'aider.

Ce mémoire professionnel comporte 5 objectifs. Tout d'abord, il présente le lieu d'exercice et les missions confiées. Il décrit mon activité professionnelle et son évolution dans le temps. Il analyse les processus d'intégration aux équipes et d'alliance avec les usagers. Il approfondit mon rôle au sein des équipes et vis-à-vis des usagers tout en expliquant l'impact de ma présence. Il termine par ma construction du métier de médiateur de santé pair en lien avec la formation en Licence L3 de Sciences Sanitaires et Sociales de l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord.

Les 5 chapitres correspondant aux 5 objectifs suscités et les déclinent en sous-chapitres détaillés dans la table des matières.

Dans la conclusion générale, je propose une synthèse des principaux apports de mon expérience de terrain et de l'analyse de mes pratiques.

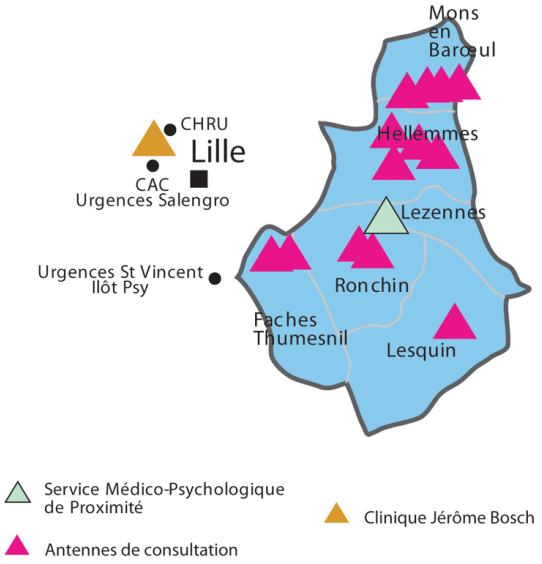
Avant d'entrer dans le vif du sujet, je souhaite rappeler le cadre général du dispositif de professionnalisation des Médiatrices/Médiateurs de Santé Pair lancé par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale pour la Santé en collaboration avec les Agences Régionales de Santé et les Universités Paris 8 en 2012 puis Paris 13 à partir de 2018. Il s'agit de professionnaliser d'anciens usagers des services de santé mentale qui, une fois rétablis, intègrent des équipes soignantes et se forment au métier de médiateur de santé pair. Leur présence au sein des équipes pluridisciplinaires vise l'amélioration des pratiques et une meilleure alliance entre usagers et équipes soignantes. Au départ Diplôme Universitaire de niveau Bac+2, la formation a été augmentée en Licence Bac+3 afin de permettre une meilleure reconnaissance du métier, à l'égal des éducateurs spécialisés par exemple.

Considérant que les candidats à ce métier possèdent des savoirs issus de leur expérience, le programme de licence ne comporte que 240 heures d'enseignement théorique. Le dispositif est aidé et financé par les Agences Régionales de Santé. Il est systématiquement accompagné d'un contrat de travail avant le début de la formation.

1 Présentation de la structure et des missions confiées

1.1 Présentation de la structure dite "G21"

Le pôle de santé mentale Lille Métropole secteur 59G21 découle de la sectorisation géographique de la psychiatrie publique[1]. Il couvre 6 villes : Mons en Baroeul, Hellemmes, Lezennes, Ronchin, Faches-Thumesnil et Lesquin soit 85 300[2] habitants sur un territoire de 26,7 Km2 en périphérie Est de Lille, Hauts de France.



Un psychiatre et 10 psychologues libéraux exercent sur ce secteur ainsi que 7 services privés de psychiatrie avec lesquels nous travaillons. Maison Fleurie & Parc Monceau, Ilôt Psy, MGEN et Centre-d'Accueil-et-de-Crise suivent 250 patients contre 3000 à l'année pour le secteur 59G21 qui se trouve en situation de quasi-monopole.

Laurent DEFROMONT docteur en psychiatrie, Géry KRUHELSKI cadre supérieur et Laetitia NAVY DRH de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille-métropole dirigent 3 pôles et 5 services.
Le pôle soins comporte 5 services, à savoir le Service Médico-Psychologique de Proximité, la Clinique Jérôme Bosch, les Soins Intensifs Intégrés dans la Cité, l'Accueil en Famille Thérapeutique Alternative à l'Hospitalisation et le centre Don Jackson qui est un service de thérapie familiale en mode systémique.
Le pôle accompagnement comporte les services HabiCité d'Accompagnement global et durable et Frontière$ (Accompagnement physique, culturel, artistique et professionnel)
Enfin existe un pôle prévention-enseignement-recherche en santé mentale.

Le pôle de santé mentale 59G21 emploie 150 personnes dont 60 infirmières/infirmiers, 4 psychiatres (pour 8 postes), 12 psychologues, 8 psychomotriciens, des éducateurs spécialisés, des assistants sociaux, des auxiliaires de vie, des secrétaires, une artiste, une

[1] HENKES, Nicolas, *La psychiatrie de secteur, Quelle histoire, quel avenir ?*Paris, Editions Esprit, 2015
[2] Enquette SMPG 2007 "La Santé Mentale en Population Générale : image et réalités"

job coach, 5 cadres de santé et 7 médiateurs de santé pair dont 3 diplômés en 2019 et 4 en cours de formation.

Les soins se pratiquent principalement au domicile des personnes sur le secteur et sur Lille où résident des personnes historiquement suivies par le G21. Les entretiens de première demande sont organisés sur 13 antennes de consultation discrètement réparties sur le territoire.

Les équipes sont majoritairement basées à l'espace Turing (qui ne reçoit pas de patients) puis à la clinique Jérôme Bosch qui reçoit en moyenne 6 patients pendant en moyenne 6 jours alors qu'elle est dotée de 10 lits contre 50 avant 1998.

En 1998, le Docteur Jean-Luc Roelandt a initié le virage ambulatoire du G21 en se basant sur le modèle de Trieste en Italie. Les infirmiers réalisent les entretiens de première demande qui alimentent la réunion bihebdomadaire de première demande où le diagnostic est défini. Une conférence téléphonique quotidienne réunit tous les professionnels afin de connaitre les mouvements des patients, entrées et sorties d'hospitalisations et suivis attentifs. Chaque service se réunit hebdomadairement pour définir ensemble les plans d'actions des personnes suivies attentivement.
Une réunion mensuelle pluridisciplinaire permet d'améliorer les pratiques. Une formation mensuelle « ce qui aide » est dispensée par des patients experts.

Enfin, le Pôle Prévention-enseignement-recherche en santé mentale reçoit et forme des délégations nationales et internationales, en liaison avec le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale pour la Santé que préside le Dr JL Roelandt qui œuvre par ailleurs à la Galerie d'Art Frontière$ et son fond d'art contemporain. Les arts-thérapeutes ont été remplacés par des artistes dans le but de dé-stigmatiser les personnes qui souffrent de troubles psychiques tout en promouvant la pratique artistique. Le Docteur JL Roelandt explique *« ce qui est important est la production et la création, pas l'interprétation. Et cela met les professionnels et les usagers au même niveau, alors que l'interprétation hiérarchise. Donc de l'art, pas de la thérapie, si on veut que ce soit utile pour tous, artistes, usagers et professionnels »*

1.2 Présentation des missions données par la structure au départ

Lors de l'entretien de recrutement du 14 janvier 2019, le Docteur Laurent Defromont a spécifié ainsi les 4 missions du médiateur de Santé Pair au sein de la structure :
Au sein d'une équipe pluridisciplinaire de 10 à 15 collègues, le médiateur de santé pair suit (pour un mi-temps) de 15 à 20 personnes avec pour missions :

- *Aider les personnes à accepter le diagnostic*
- *Aider les personnes à faire après le diagnostic, un nouveau un projet de vie*
- *Aider les personnes à prévenir les rechutes*
- *Aider les personnes à construire un plan de crise en cas le rechute*

1.3 Analyse de l'écart entre les perceptions initiales du métier

Lorsque je suis arrivé le 2 Juin 2019 au G21, les missions des médiateurs de santé pairs n'étaient pas claires pour tous les collègues. Notamment une infirmière nouvelle (qui n'avait jamais travaillé avec des médiateurs de santé pairs) était un peu perdue et se demandait comment collaborer avec de tels professionnels. L'équipe HabiCité se demandait comment allait évoluer une médiatrice qui ne parlait jamais de ses troubles.

Un collègue infirmier a affirmé lapidairement : *les médiateurs de santé pairs et le rétablissement, je pense que c'est une connerie!*

De mon côté, lorsque je suis arrivé au G21, j'avais une expérience d'un métier proche : Médiateur de Santé Pair Aidant. Pendant les 12 précédents mois, j'avais travaillé au sein de l'Unité d'Accompagnement Spécialisée de l'Association Pour l'Aide des Adultes et Jeunes Handicapé. 4 heures par semaines, j'avais collaboré avec un infirmier, deux éducatrices spécialisées, une psychologue et une cadre de santé pour réaliser des visites à domiciles de personnes présentant des troubles psychiques en milieu rural. 8 personnes accompagnée sur 10 présentaient une dépendance à l'alcool, tabac et café. A mon contact, les personnes accompagnées se sentaient en confiance, se livraient facilement, dévoilaient des informations qu'elles cachaient à l'équipe (hospitalisation d'office, addictions, projet de suicide, sentiment de culpabilité). Elles demandaient d'expliquer comment j'avais fait et m'écoutaient avec une attention particulière dont ne bénéficiaient pas les collègues de l'équipe. Au sein de cette structure médico-sociale adossée à une maison d'accueil spécialisée, la mission principale du Médiateur de Santé Pair Aidant était : *Dévoiler avoir souffert de troubles psychiques et témoigner s'en être rétabli. Entretenir une relation durable avec les usagères et usagers.*

Par conséquent entre les missions confiées au départ et l'idée que je me faisais du métier de médiateur de santé pair, l'écart était faible sur le fond. Il s'agissait des 2 faces d'une même pièce. D'un côté 4 gestes précis de relation d'aide, de l'autre une attitude de témoignage que l'on peut être passé par là et s'en sortir tout en entretenant une relation de confiance entre pairs de même « galère ».
Quant à la forme, j'avais une image artisanale du métier avec l'accompagnement au long cours d'un nombre réduit de personnes en milieu rural alors que le G21 fait dans le travail en série avec une rotation importante d'usagers.
Le médecin chef de Pôle m'a prévenu que je risquais d'être déçu par le manque de continuité et la brièveté des suivis pratiqués au G21.

2 Description de mon activité et de son évolution

Trois périodes bien distinctes se sont succédées. Tout d'abord, une période de découverte mutuelle et de formation continue du 2 juin au 20 Septembre 2019. Après la rentrée en Licence L3 de Sciences Sanitaires et Sociales de l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord, une période en double commande s'est écoulée d'octobre à décembre pendant laquelle j'ai mené des entretiens avec les usagers en présence de collègues. Enfin, à partir du 3 janvier 2020 a commencé la période d'autonomie augurée par un lâcher (pour reprendre un terme de *vélivole* qui désigne le premier jour ou l'élève pilote son planeur seul à bord) dont je me souviendrai toute ma vie.

2.1 Tour de découverte mutuelle et de formation continue

Le cadre supérieur de santé a organisé mon tour de découverte, systématiquement guidé par un collègue souvent infirmier à raison de 2 jours par équipe. Tel un apprenti coiffeur, j'ai observé le plus possible sans intervenir sauf si j'étais invité à me présenter ou si les usagers me posaient des questions.

Ainsi j'ai commencé au sein du Service Médico-Psychologique de Proximité par assister à des entretiens de première demande, des visites à domiciles, des réunions d'orientation suite à première demande et les réunions de suivi attentifs du vendredi.
2 jours ont suivi au sein de l'équipe Soins Intensifs Intégrés dans la Cité en visites de personnes hospitalisées à domicile. J'ai noté des personnalités fortes et des tensions aux sein de cette équipe qui travaille avec des personnes en crise. Des infirmiers tiennent tête aux psychiatres.
Ensuite, j'ai découvert la clinique Jérôme Bosch alors que son cadre de santé venait de décéder. L'équipe soignante était sous le choc. J'ai passé du temps avec 6 personnes hospitalisées là autour de la table de ping-pong, au sein de l'atelier peinture et en consultation. J'ai assisté à des consultations comprenant la personne hospitalisée, le conjoint, un psychiatre et un infirmier. Le consentement était systématiquement et longuement recherché. Après que je me sois présenté, une patiente m'a rejeté et a passé son chemin. Elle est revenue vers moi plus tard avec l'équipe des psychomotriciens à un moment plus propice. J'y reviens plus bas.
Ensuite, est venue la découverte de l'équipe Frontière$ dans laquelle on invite les patients à s'ouvrir sur le monde extérieur. On essaye d'y oublier le diagnostic et la pathologie. On s'appuie sur l'art, le sport, les loisirs, les associations ou le retour au travail en secteur protégé comme ouvert pour revenir dans la vie après l'isolement qui accompagne souvent la crise. Un membre de cette équipe m'a révélé prendre des anxiolytiques régulièrement. Je l'ai initié à la manœuvre vagale et la respiration ventrale tout en cheminant ensemble.
Enfin, le tour s'est terminé avec l'équipe HabiCité qui vient en aide à des personnes lourdement handicapées sur le plan psychique. J'ai participé à des visites à domicile impressionnantes et parfois houleuses. Une action avec le secours populaire pour nourrir une personne qui n'avait plus d'argent m'a convaincu que cette équipe relevait des défis quotidiennement. Dans cette équipe, je me suis senti rapidement bien car les réunions s'y déroulent dans le calme, avec un partage équitable de la parole. L'intelligence collective y fonctionne pour résoudre les problèmes.
A ma demande, j'ai complété le tour de découverte par deux jours avec les psychomotriciens et les psychologues. Cela m'a permis de retrouver, en activité aqua-relax, la dame qui m'avait repoussé à la Clinique. Elle s'est platement excusée et j'ai pu l'aider à sortir de la colère en partageant avec elle des techniques psychocorporelles. Nous avons longuement échangé de façon informelle sur le parking de la piscine. J'ai appris plus tard qu'elle s'était rétablie en un temps record.

A la fin du tour, le cadre supérieur de santé m'a demandé dans quelle équipe je préfèrerais travailler si j'avais le choix. J'ai répondu que travailler à la fois pour HabiCité et SMPP me conviendrait. Aussi ai-je continué les visites à domicile avec ces deux équipes en tant qu'observateur jusqu'en septembre tout en participant aux réunions de synthèses. Les usagers ont commencé à me demander. J'ai fait la connaissance des processus du pôle, des collègues, leurs métiers, leurs spécialités, leurs talents. Cependant, je me suis présenté à eux et nous avons commencé à tisser des relations de travail autour du parcours des patients. Informatiquement, le parcours des patients est documenté sous forme de diagnostics, compte rendus, observations. Au secteur 59G21, les médiateurs de santé pairs y accèdent et sont invités à consigner leurs observations dans la rubrique "suivi MSP", Médiateur de Santé Pair. Le contenu du parcours concerne la santé psychique mais aussi somatique. L'anamnèse (histoire de la maladie) y figure sous forme de synthèses qui se succèdent dans le temps. Les observations peuvent concerner l'entourage familial, amical ou professionnel et sont dans ce cas cachées lors des communications du dossier

au patient afin d'éviter des complications. Le contenu et la forme du parcours patient font l'objet d'un secret partagé et ne sont accessibles que par les personnes qui suivent le patient. Ils permettent de réfléchir ensemble dans le but de comprendre les relations de cause à effet et de trouver des pistes d'amélioration. Concrètement, le parcours du patient est fait d'orientations successives, de progrès et de régressions avec pour objectif le rétablissement, la fin de l'accompagnement et le retour dans la vie de la cité. Typiquement, les patients ont droit à 3 accompagnements en même temps. Par exemple, suivi psychiatre, suivi médiateur de santé pair et suivi par une assistante sociale.

En parallèle de ce tour de découverte et d'orientation, l'Établissement de Santé Mentale a offert une formation à l'entretien motivationnel de 3 jours dispensée par deux formateurs Québécois et Libanais de l'Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel. L'entretien motivationnel, en santé mentale est une série de geste précis qui consistent à aider l'usager à dépasser l'ambivalence en favorisant chez lui le discours changement, plus exactement les raisons, les motivations, le besoin et la capacité de changer dans une direction salutaire. Il est écrit dans le projet du pôle 59G21 que tout professionnel doit être formé à cette approche qui correspond aux pratiques orientées rétablissement. Au cours de la formation, je me suis senti réceptif à cette approche. J'ai donc approfondi en lisant deux ouvrages s'y rapportant. Le premier[3] a renforcé les apports théoriques et méthodologiques, le second[4] m'a apporté des exemples de gestes précis à pratiquer en fonction de situations souvent rencontrées, notamment le risque suicidaire ou les addictions. J'ai commencé à me sentir prêt pour pratiquer en binôme avec des collègues formés tout en s'inter-visionnant mutuellement.

2.2 Activité en double commande

Un virage s'est opéré après la première semaine de formation au sein de l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord. Lors d'une réunion de suivi attentif, le cas de Madame D (que je ne connaissais pas) a fait débat. L'équipe SMPP n'arrivait pas à aider cette dame et le vivait comme un échec. Devant autant d'avis dépités j'ai demandé un tableau de la situation. La psychiatre a dit *« c'est simple. Madame D a été suivie dans la rue où elle habite par un monsieur. Elle l'a laissé rentrer dans son immeuble. Il l'a suivie dans le couloir et l'a poussée dans son appartement au moment où elle a ouvert sa porte, il l'a violée dans le séjour sur le canapé. Depuis le viol, Madame D a peur de sortir toute seule, son autonomie baisse, elle s'isole et présente des idées suicidaires »*
J'ai tout de suite dit *« il faut qu'elle déménage, qu'elle change au moins de rue ».* La psychiatre a dit *« il faut avant tout pratiquer sur elle un entretien motivationnel pour savoir ce qu' elle veut ».* Je me suis proposé tout en précisant que j'avais reçu la formation. Un collègue infirmier a accepté de m'y accompagner tout en restant silencieux sachant que le pôle ne m'avait pas encore autorisé à pratiquer des entretiens seul.
La visite à domicile a duré à peine une heure. Je me suis présenté en disant « *je suis un ancien patient rétabli de l'état de stress post traumatique. Je suis là pour pratiquer avec vous, si vous acceptez, un entretien motivationnel ».* Elle a accepté et m'a demandé ce qu'il m'était arrivé. J'ai répondu *« j'ai souffert de maltraitance et carence affective pendant l'enfance ».* Madame D s'est montrée alors fortement désolée. A mon tour, j'ai

[3] ROLLNICK, Stephen et MILLER, R. William, l'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, Paris, Interéditions, 2019
[4] ROLLNICK, Stephen et MILLER, R. William et ARKOWITZ, Hal, *L'entretien motivationnel dans le champ de la santé mentale*, Paris, Dunod, 2013

laissé passer une émotion d'indignation cette fois-ci en disant tout en montrant le canapé *« comment pouvez-vous continuer à vivre là ? »* Elle a répondu *« je n'ai pas le choix pour le moment »*
C'est par cet échange de marque d'empathie qu'a commencé notre relation. Madame D a fait part de ses motivations profondes: i) déménager, ii) être accompagnée dans la rue par des hommes forts et protecteurs, iii) se faire des amis. Mon collègue infirmier, qui est resté silencieux pendant tout l'entretien, m'a expliqué comment documenter mon rapport dans l'informatique. J'ai appuyé sur la touche retour. J'avais accompli ma première visite à domicile en double commande. Dans cette période riche d'apprentissage, j'ai pu faire quelques essais-erreurs sans conséquences graves et rétablir ces erreurs avec l'aide des collègues. J'y reviendrai plus tard.
Les effets de la formation en Licence de Sciences Sanitaires et Sociale mention Médiateur de Santé Pair ont commencé à se faire sentir. D'un côté, je comprenais mieux le monde socio-médical, de l'autre j'ai décompensé durant le rassemblement d'octobre et me suis rétabli rapidement. Afin de voir plus souvent les personnes que j'accompagnais, j'ai demandé à passer d'un équivalent temps plein 40% à 50%. Les collègues m'ont fait de plus en plus confiance. Un infirmier a dit la veille de Noël *« Fabrice, tu devrais pouvoir aller en visite à domicile seul maintenant, non ?»* J'ai croisé le regard des collègues présents. Ils semblaient d'accord, l'encadrement aussi. Pour la première fois en toute autonomie, j'ai pris rendez-vous avec Madame F le 3 janvier 2020 en lui proposant une marche sportive autour du Lac du Héron. Elle a accepté et promis d'être équipée en cas de pluie.

2.3 Activité en autonomie

Même s'il m'arrivait de conduire des collègues en visite à domicile avec les véhicules de service et de m'acquitter des tâches administratives afférentes, partir seul pour la première fois m'a pincé le cœur. Sur le chemin du domicile de Madame F, je me suis remémoré nos différentes rencontres en présence de collègues infirmiers. L'humeur de cette dame pouvait faire des virages subits et nous n'étions pas trop de 3 ou 4 collègues pour mettre en commun nos observations dans le but de comprendre les causes de ces virages. Il pleuviotait ce matin-là et je m'attendais à tout : passage à vide, problèmes de constipation, manque de sommeil, colère, porte close…
Elle m'a reçu en tenue neuve de marche et coupe-vent. Son humeur était très bonne voire hypomane pour utiliser le terme psychiatrique. Elle a joué un numéro de Cendrillon qui perd sa pantoufle de vair. Mignon. J'ai souri d'un air complice et impatient, elle a mis ses chaussures de randonnée. Sur le chemin du Lac, elle m'a demandé d'adopter une conduite sportive. J'ai rentré deux rapports de vitesse et nous avons bien rigolé tout en respectant le code de la route. Bras dessous bras dessus, nous avons marché sous la pluie et les éclaircies illuminant de magnifiques oiseaux migrateurs. Elle était heureuse, au point de sautiller au-dessus des flaques d'eau alors qu'elle allait sur ses 65 ans. Un voisin croisé sur le chemin m'a regardé d'un air étonné.
Nous avons scellé les grandes lignes de notre suivi médiateur de santé pair. Madame F a proposé que j'essaye sur elle des techniques apprises en Licence et que je parle d'elle dans mon mémoire. Elle m'a invité à déjeuner à la cafétéria. Bravant les règles de l'institution, j'ai accepté en lui faisant promettre d'accepter ma future invitation.
De retour au SMPP j'ai enregistré ma transcription dans le dossier de suivi MSP et participé à la réunion de suivi attentif. J'ai annoncé que Madame F présentait à mon avis des signes d'hypomanie. Un infirmier s'est étonné. Malheureusement, je ne m'étais pas trompé. La semaine suivante, Madame F passait de l'hypomanie à la dépression. Nous sommes tout de même allés marcher sur le Mont de Fâches. Une fois un peu de hauteur

prise, elle m'a dit *« Fabrice, en Octobre après avoir décompensé, tu t'es rétabli à une vitesse vertigineuse. Comment fais-tu ? »* Le poisson venait de mordre.
Durant cette période de travail en autonomie, j'ai suivi 6 personnes *prises en soins* (pour reprendre une formule du Docteur Defromont) par les deux équipes où j'intervenais. A deux reprises, j'ai travaillé en visite à domicile avec des collègues MSP de la promotion précédente. Dans un cas, la personne a demandé à me revoir pour expliquer comment je m'y étais pris pour arrêter de fumer. A ces occasions, j'ai observé les différents styles de conduite d'entretien de mes collègues et moi-même. Une collègue a une tendance naturelle à suivre la personne, l'autre a tendance à l'accompagner. Pour ma part, j'ai tendance à guider. Il faut en fait alterner ces 3 attitudes en fonction de la demande d'aide.

3 Processus d'intégration au sein des équipes et des usagers

3.1 Processus d'intégration au sein des équipes SMPP et HabiCité

Pendant le tour de découverte, j'ai fait l'effort de mémoriser les prénoms de tous les collègues rencontrés. Je me suis intéressé à leur parcours scolaires, universitaires et professionnel. J'ai beaucoup écouté et posé peu de questions. J'ai découvert et mémorisé les parcours patients, les rôles des différentes équipes, les procédures, les objectifs des réunions. Dans les temps morts, je lisais le projet du pôle 59G21 et les dossiers patients que je rencontrais. Je discutais méthodes psychocorporelles et yoga avec les psychomotriciens, thérapies cognitives, comportementales et émotives avec les psychologues. Je me suis renseigné sur les méthodes et spécialités des éducateurs spécialisés, artistes, assistantes sociales, psychologues, psychiatres. Je m'intéressais particulièrement aux méthodes que je ne connaissais pas. Ainsi j'ai rapidement dressé une carte des talents de mes collègues qui m'a permis ensuite de promouvoir leurs compétences auprès des personnes accompagnées. Inversement, mes collègues se sont intéressés aux pathologies dont j'ai souffert et aux moyens déployés pour m'aider dans mon rétablissement, à savoir la triade, traitements, thérapies, hygiène de vie.
Je demandais souvent que l'on me traduise les signes cliniques que je ne connaissais pas. A partir de la rentrée de septembre, l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord a répondu à nombre de questions et permis d'accélérer l'acquisition du bilinguisme nécessaire à la compréhension des termes médicaux et psychiatriques. J'ai pris conscience des enjeux globaux de secteur médico-social et de ses codes.
La formation a permis d'améliorer la manière de présenter mon expérience de patient aux collègues. Je suis passé de la mise à nu directe au dévoilement plus progressif et adapté.
Pendant mon intégration, je me suis rendu compte du peu de reconnaissance pour *le beau travail* à savoir la conviction d'avoir accompli un travail de qualité, d'avoir réconforté une personne souffrante, de lui avoir volé un sourire, un soupir de soulagement. Aussi ai-je souvent fait part de mon étonnement sur les moyens déployés, les compétences développées, les gestes psychologiques pratiqués alors que les collègues focalisent souvent sur les résultats obtenus qui souvent fluctuent. Après tout, les usagers font de nos aides ce qu'ils veulent, ce qu'ils peuvent.
Lors des réunions, j'ai essayé d'être le plus possible présent avec le corps et l'esprit. Cela n'a pas toujours été facile en réunion de suivi attentif du Service Médico-Psychologique de Proximité, j'y reviendrai plus tard au moment d'évoquer ce que ma présence a changé.

3.2 Processus d'alliance avec les usagères et usagers

Je préfère le terme alliance au terme intégration pour parler des relations avec les usagères et usagers. Dans cette relation d'aide, l'alliance peut être méfiante, fuyante, furtive, courte, durable ou profonde. Elle est toujours respectueuse.
Au début, je me présentais directement en tant que patient rétabli de troubles psychiques, tout en étant poli, bien habillé, calme, attentif et rassurant. Trop dévoiler et détailler (sur le trouble bipolaire, l'état de stress post traumatique et donc par extension les addictions, l'anxiété, la dépression, la manie, l'hypomanie) peut nuire et gêner les collègues présents. Aussi ai-je appris à présenter mes troubles psychiques plus partiellement, en ne parlant que des troubles communs avec la situation de l'usager au moment présent. Et ce point commun peut aussi bien être un diagnostic qu'une cause, un symptôme, une solution ou un savoir expérientiel.
Avec Madame D, notre point commun de départ a été de souffrir tous les deux d'état de stress post traumatique. Ensuite, est venu le temps de comprendre exactement les souffrances de Madame D et ses aspirations. Sans lui imposer quoi que ce soit, j'ai demandé à Madame D comment elle voulait s'y prendre pour aller mieux ? Prendre des traitements, Faire une psychothérapie, faire du sport, retravailler… ? Elle a choisi la musculation et le cardio training. Je me suis engagé à l'accompagner 3 heures par semaine dans cette activité et à trouver un collègue pour prendre le relais en cas d'empêchement. Madame D s'est engagée en achetant le forfait annuel. Au cours des semaines, j'ai vu Madame D persévérer et transformer son corps en usine de production d'endorphines. Il y a, dans ce processus d'alliance, un engagement mutuel fort un peu comme deux coureurs cyclistes en tandem. L'usagère ou l'usager se place devant, tient le guidon et conduit. Le médiateur de santé pair se place derrière et pédale autant que le pilote.
Avec une autre personne, Madame F, j'ai cru voir un point commun sur son ordonnance : la prise de sels de lithium. Débutant dans le métier, j'en ai conclu un peu trop vite que Madame F souffrait de trouble bipolaire. Je lui ai dit *« Je vois que vous prenez du lithium, bienvenue au club! »* J'étais à l'époque en double commande avec un collègue infirmier qui m'a gentiment expliqué qu'il ne fallait pas commenter un diagnostic à partir d'un traitement, que l'on avait toujours dit à Madame F qu'elle souffrait de schizophrénie, que je risquais de me mettre les psychiatres à dos si je faisais des commentaires sur les diagnostics.
Pour ma part, je connais l'hypomanie pour l'avoir traversée 36 fois dans ma vie. Je l'ai reconnue chez Madame F le 3 janvier et me suis permis d'utiliser ce terme devant une collègue psychiatre avec une légitimité naturelle que ne peuvent pas avoir les infirmiers non pairs. La collègue psychiatre a écouté sans tiquer et a tenu compte de mon avis. Je ne pense pas avoir commis d'impair car personne n'a fait de remarque. C'est passé comme une lettre à la poste. Et après tout, qui autant qu'un psychiatre, connait les signes cliniques ? Le psychiatre les reconnait de l'extérieur, la personne concernée en pâtit de l'intérieur.
Toujours est-il que l'Alliance avec Madame F est partie de cette expérience de l'absorption de lithium et des effets secondaires. Outre ce premier point commun, un goût pour la marche sportive dans la nature nous a permis de cheminer ensemble. Ils ont beau être différents pour les psychiatres, les « Schizophrènes » et les « Bipolaires » mènent un combat très proche car les souffrances se ressemblent, les solutions aussi.

Alors que les intervenants classiques cultivent une juste distance avec les usagers, j'ai eu l'impression de cultiver une juste intimité avec les personnes accompagnées. Une intimité basée sur une confiance réciproque à priori. Ainsi j'ai accepté quelques invitations et invité à mon tour. J'ai donné mon numéro de téléphone personnel. Alors que l'institution cache les numéros de téléphones aux usagers pour éviter les appels et actes malveillants, aucune personne accompagnée à qui j'ai confié mon numéro de téléphone ne m'a importuné. Baptiste Gaudrie écrit si justement[5] *« Comme le souligne une cheffe d'équipe, leur position et leur légitimité leur permettent d'aller au-delà de la « frontière » qui arrête les intervenants : « C'est au niveau de la relation, on se reconnait quelque chose en commun et ils ont une histoire. Il y a des points d'ancrage, un vocabulaire, que nous, on n'a pas. Il y a une frontière qu'ils peuvent dépasser et que je ne peux pas. »*

En résumé, confiance, connaissance et empathie mutuelles sont le ciment de l'alliance entre les usagers et médiateur de santé pair.

4 Rôle auprès de l'équipe et des usagers et impact de ma présence

4.1 Analyse de mon rôle au sein des équipes

Sans m'écarter de la mission confiée par le Psychiatre Chef de Pôle (Cf. chapitre 1.2), j'ai été amené à jouer différents rôles complémentaires aux sein des équipes.
Une collègue infirmière nouvelle dans le service SMPP a affirmé que j'ai clarifié le rôle du médiateur de santé pair en l'expliquant à une usagère devant elle : *« Je ne suis pas soignant, je suis comme vous, j'ai souffert de troubles psychiques, je m'en suis sorti, je travaille dans l'équipe pour mieux vous comprendre. Nous sommes en fait vous et moi collègues de même galère. C'est cool* » a répondu l'usagère qui avait 19 ans.
En tant que personne concernée par des troubles psychiques, j'ai une sensibilité particulière qui permet de sentir ce qui peut être amélioré : Les réunions de suivi attentif dans un lieu ouvert bondé et la pause déjeuner dans un vacarme insupportable. Au lieu de m'accommoder de ces inconforts ou de les éviter, j'ai agi pour améliorer cela. Nous y reviendrons dans le chapitre 4.4.
Une cadre de santé a remarqué que j'ai apporté à une équipe une nouvelle manière de rédiger des transcriptions plus brèves, structurées autour de la demande d'aide de la personne, en reportant le verbatim de la personne, sans tabous ni jugement.
Après la formation à l'entretien motivationnel, pour contribuer à nous améliorer dans cette pratique, j'ai fait des inter-visions à deux avec des collègues médiatrices de santé paire ou éducateurs spécialisés.
Enfin, il m'est arrivé d'aider des collègues psychiatres à relativiser les réactions déconcertantes de certaines mères quand elles abandonnent leur enfant en sortie d'hospitalisation. *« Et alors, quand je suis sorti d'hospitalisation, ma mère a dit j'ai ni la force ni l'énergie de m'occuper de toi. Et pourtant, je suis là ! »*
Enfin, le pôle de santé mentale 59G21 souhaite que les Médiateurs de Santé Pair fonctionnent en équipe. Cette équipe est composée de membres fraichement diplômés ou en cours de formation.

---

[5] GAUDRIE, Baptiste, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2014, p370

Étant donné que nous sommes pour la plupart employés à temps partiel, se réunir tous ensemble reste difficile et souvent à l'initiative du cadre de santé. Je n'y ai pas pris de rôle particulier mis à part s'entraider.

4.2 Freins rencontrés

Au sein l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord, en début de la formation en licence de science Sanitaire et Sociale option médiateur de santé pair, lors du second rassemblement en grand groupe avec toute la promotion, le témoignage poignant d'une camarade de promotion a fait ressurgir des réminiscences de maltraitance. Mon humeur a fait un virage hypomane. J'en ai fait part à un membre de l'administration qui m'a invité à envisager d'abandonner le métier si je ne me sentais pas capable de supporter certains témoignages. J'ai pu accéder aux soins au bout d'une semaine et me suis rétabli rapidement.

Sur le lieu de travail, j'ai rencontré des difficultés pour suivre les réunions de suivis attentif du Service Médico-Psychologique de Proximité. En effet, celles-ci se déroulaient dans une espace ouvert où des collègues extérieurs à la réunion discutaient ou parlaient au téléphone. Il en résultait une cacophonie difficile à vivre pour moi-même et aussi pour certains collègues y compris psychiatres. J'en ai parlé avec le psychologue référent et nous avons trouvé une solution décrite en chapitre 4.4.

Toujours sur le lieu de travail, la pause déjeuner était aussi un moment pénible car elle se déroulait dans un brouhaha assourdissant à cause de la résonance de la salle.

4.3 Leviers utilisés

Trente-deux années d'expérience de la maladie et du rétablissement constituent le premier levier utilisé. J'ai eu en quelque sorte la "chance" de traverser la maltraitance, la carence affective, l'état de stress post traumatique et le trouble bipolaire tout en menant une vie épanouissante. J'ai pu élever une fille et un fils responsables et autonomes. Je partage ma vie avec une Compagne, une belle personne comme on dit dans le Nord, dont je suis amoureux. Je vis dans un pays magnifique et généreux, le Périgord Noir. Toute cette vie m'apporte une expérience riche et disponible lors des accompagnements et réunions de suivi car j'ai traversé beaucoup de difficultés différentes qui me permettent de m'adapter à de nombreuses situations.

Le second levier est ma volonté d'aider. Je vais essayer d'expliquer comment elle est apparue. Après des années de cohabitation et d'étude de la maladie, de thérapie, d'hygiène de vie, de sport et de yoga, mon cerveau est devenu assez souple et fort pour supporter le retour du refoulé : la pire réalité subie, j'avais 10 ans. Après 35 années d'amnésie traumatique, j'ai enfin compris un matin d'où venaient mes souffrances, je me suis senti soulagé et j'ai fait vœux à l'univers d'aider celles et ceux qui sont passés par là. Bien que mon psychiatre m'ait dit que d'autres personnes mieux formées s'en occupaient, j'ai gardé cette idée en tête. Des années plus tard, un reportage à la télévision m'a fait découvrir le métier de médiateur de santé pair.

Le troisième levier réside dans l'expérience de l'entraide. Ingénieur de formation initiale, j'ai acquis 23 années d'expérience de responsabilités dans l'industrie. J'ai aussi acquis une expérience de la relation d'aide tout d'abord en tant que bénévole au sein de l'alumni Arts et Métiers puis en tant que coach professionnel. J'ai passé une certification en coaching cognitif et comportemental, approche de la psychologie que je connais en tant que patient.

L'entretien motivationnel citée plus haut associé à l'approche cognitive et comportementale m'a apporté des outils efficaces. J'ai pu passer à la pratique directement sur prescription des psychiatres ou à la demande des usagers avec l'aval des psychiatres.

Paradoxalement, la décompensation d'octobre 2019 et le rétablissement éclair qui a suivi a été un levier additionnel. J'en ai parlé aux usagers que j'accompagnais et cela a attisé leur curiosité de savoir comment je m'étais si vite rétabli. C'est cette vulnérabilité qui nous rend si proches des personnes que nous accompagnons au point qu'ils peuvent s'identifier à nous et nous faire confiance.
Ensuite, je me suis largement appuyé sur l'intelligence collective. Le fait de mettre tout le monde autour de la table, y compris le patient, et de partager le temps de parole, écouter les différents points de vue permet de trouver une solution et d'aller vers la rémission.
Je me suis aussi appuyé sur l'amélioration continue des pratiques en proposant des inter-visions et en participant à des supervisions.
Enfin, j'ai eu la chance de pouvoir pratiquer les entretiens rapidement quitte à faire des erreurs et j'ai eu la chance de travailler avec des collègues qui m'ont aidé à apprendre de ces erreurs.

4.4 Impact de ma présence sur la structure et ses limites

L'amélioration du déroulement des réunions de suivi attentif a été mon principal apport. Suivre ces deux réunions tout en entendant d'autres collègues parler entre eux ou au téléphone était pénible pour tout le monde. Cela étant, il fallait rester dans cette salle pour lire le tableau de suivi ou déplacer le tableau de suivi dans une autre salle. Ayant échoué à obtenir la location de surface de bureau supplémentaire, nous avons réfléchi, avec le psychologue référent, et proposé de replier les collègues dans une tierce salle pendant le temps de la réunion. Cette mesure a été mise en place rapidement et durablement pour le mieux-être de tous.
La meilleure compréhension du rôle des médiateurs de santé pairs pour les soignants nouveaux venus dans la structure a été un autre apport avec une limite : une collègue infirmière m'a invité à moins me dévoiler ou plus exactement, d'attendre le moment propice.
J'ai constaté que des collègues lisaient mes transcriptions avec attention, les retenaient et en tenait compte pour comprendre le point de vue des usagers. Une cadre de santé a noté que j'avais apporté une nouvelle manière d'écrire les transcriptions dans son équipe. Je dois préciser la présence, dans cette équipe, de plusieurs collègues aides-soignantes et d'un éducateur spécialisé dont le français n'était pas la langue maternelle.
Lors d'accompagnements difficiles et vécus par les équipes comme des échecs, ma participation a permis de revenir à la demande d'aide des usagères et usagers, à leur projet de vie. Bien évidemment, quand celui-ci consistait à se suicider, je n'invitais pas à abonder dans ce sens. Inversement, j'ai accepté d'aider tout projet de vie même trop exigeant à la seule condition qu'il ne nuise à personne.
Par contre, j'ai totalement échoué à faire insonoriser la salle déjeuner et à agrandir les locaux. La crise de la Covid-19 et l'instauration de distances entre collègues a eu plus de poids. Faute de place et de possibilité de visites à domicile, seul un quart du personnel a pu continuer à travailler dans les locaux et le feu vert a été donné pour louer de la surface supplémentaire.

4.5 Impact de mon travail sur les usagères et usagers

J'ai appelé Madame D pour lui demander directement quel impact mon travail a eu sur elle. Je reporte ci-après son verbatim. « *Je me sens comprise, vous faites des efforts pour me comprendre, vous m'écoutez en prenant des notes, vous tenez compte de ce que je dis, vous vous souvenez de ce je que dis. Quand je vais pas bien, je sens vraiment que vous le comprenez. Vous arrivez à me faire sourire. Quand vous repartez, je me sens mieux.*
A mon contact, Madame D a pris le chemins de la salle de musculation et de la thérapie cognitive, comportementale et émotive. Son accompagnement reste toutefois très délicat et le confinement dû à l'épidémie de la covid-19 l'a stoppée net dans ses efforts. Au cours de l'accompagnement Médiateur de Santé Pair, une fois que j'étais autonome et seul avec elle, je lui ai dévoilé avoir été, moi aussi, victime de viol. Avec moult précaution, je me suis permis de l'inviter à moins répéter (à chaque entrevue) les mêmes plaintes au sujet de mes collègues. Je l'ai encouragée à s'engager dans le bon changement pour multiplier les chances de sortir de la spirale délétère de l'état de stress post-traumatique.

J'appelle Madame F pendant le confinement relatif à la Covid-19 qu'elle vit mal. D'une petite voix elle dit: *« Je n'arrive plus à dormir et j'ai le dos complètement bloqué ».* Je l'invite à pratiquer une méditation pleine conscience basée sur la respiration puis une respiration ventrale et enfin une manœuvre vagale (expiration lente et profonde). Au bout de l'exercice, je demande : *« comment te sens-tu à présent? »* . Elle répond : « *Je sens les articulations de mon dos s'assouplir. Je sens que je suis très fatiguée, je retourne me coucher, je te remercie »*. Madame F s'est prêtée facilement à cet exercice psychocorporel qui l'a soulagée. Elle a toujours été ouverte à ce que je lui ai proposé sauf un travail sur la saisonnalité de l'humeur. Elle a essayé sans y arriver. Mise en échec, elle a renoncé et s'est excusée en écrivant une lettre magnifique commençant par : *Mon Cher Pair-Aidant.* J'ai répondu à Madame F qu'elle était experte de sa vie et qu'elle était la meilleure personne pour savoir ce qui lui convient. Notre relation d'aide a pu continuer de plus belle en marchant souvent à travers la nature, activité qui lui convenait mieux qu'un *travail trop scolaire.*

Jeune homme fauché et désorganisé par la schizophrénie, Monsieur V fait l'objet d'un accompagnement durable par l'équipe HabiCité. Quand nous nous sommes rencontrés et que je me suis présenté, il a demandé à me revoir avec un enthousiasme particulièrement fort. A la question quel a été mon impact sur toi il répond : *« Fabrice, ta venue est celle d'une nouvelle amitié, une personne de confiance, une nouvelle histoire dans ma vie. Quand tu m'as montré ton tableau (Cf. en annexe) avec tes troubles, les saisons, les stresseurs, les crises, les traitements, les thérapies, ton travail, ta vie, cela m'a donné envie de faire pareil sous la forme d'un livre avec des photos »*
J'ai bien vu le regard de Monsieur V sur le tableau. Ses yeux embrassaient en douze coups d'œil toute la complexité de mon parcours, la saisonnalité des virages de l'humeur. Bien qu'handicapé sur le plan psychique, Monsieur V est plus intelligent que la moyenne - des personnes dites normales- en logique d'implication, vision dans l'espace, repérage dans un tableau. Lui avoir montré et commenté ce tableau l'a encouragé à terminer rapidement son chantier en cours. Il a acheté un ordinateur portable pour écrire le livre de sa vie. Mon impact sur lui a été autant motivationnel que méthodologique.

Monsieur D est hospitalisé pour virage maniaque de l'humeur. Je fais sa connaissance autour de la table d'art alors qu'il produit des tableaux magnifiques avec des matériaux de récupération. Son discours comporte des discontinuités et une tachypsychie caractéristiques d'un virage maniaque. Il vient d'acheter deux motos de compétition neuves. La police l'a arrêté manu militari. Il n'a pas conscience de ses troubles. Pour lui, tout va très bien.
Il accepte que je participe à sa consultation avec la psychiatre, un infirmier et sa compagne. Je m'assois en face de lui. La psychiatre pose le diagnostic de trouble bipolaire et propose un traitement par injection retard et propose de rester en observation en soins libre. Il dit ne pas avoir conscience d'être malade. Il me regarde, nos regards se croisent. Il répond en gardant le regard fixé dans le mien « *je n'ai pas l'impression d'être malade mais je vais vous faire confiance, j'accepte le traitement par injection et j'accepte de rester trois jours en observation. Puis-je sortir avec ma compagne cet après-midi pendant une heure ?»* En sortie de consultation, nous discutons à trois avec sa compagne. J'explique ce que je faisais lorsque mon humeur passait à la manie. La compagne a dit : *« j'ai l'impression d'entendre parler de mon compagnon quand il crise »* . J'explique au couple qu'il va falloir faire ménage à trois avec le trouble bipolaire. Je l'invite à se rapprocher d'une association en transmettant un dépliant. Je pense que j'ai aidé Monsieur D à consentir aux soins. De plus, j'ai éclairé sa compagne sur le trouble bipolaire et les conséquences pour le couple. J'ajoute *« Rassurez-vous, le trouble bipolaire n'a pas que des inconvénients »* , elle acquiesce en rougissant.

5 La construction de mon métier de médiateur de santé-pair

5.1 Un besoin vital d'aider

Le besoin d'aider a toujours existé chez moi. Alors que je ne parlais pas encore, j'apportais la pelle ramasse-poussière à ma mère dès qu'elle balayait. Ainé de la fratrie, je veillais toujours d'un œil sur mes sœurs. Bon nageur et passionné de surf, j'ai tiré trois personnes de la noyade. Cette attitude de grand frère aidant m'a valu quelques difficulté lorsque je tombais sur des personnes qui refusaient mon aide. Il m'a fallu apprendre à accepter qu'à certains moments des personnes la refusent. Proposer sans attendre systématiquement d'acceptation. Proposer autre chose. Ne pas insister.

5.2 Les premières pierres de la construction du métier

J'ai, en phases dépressives, neuf fois perdu mon emploi. Ayant rebondi professionnellement dix fois, j'ai commencé par aider des camarades anciens élèves de l'école nationale des arts et métiers dit gadzarts en tant que délégué emploi carrière au sein de notre alumni à partir de 2003. En 2017, je me suis formé au coaching professionnel avec l'approche comportementale et émotive, méthode que je connaissais bien pour en avoir bénéficié en thérapie en tant que patient. Certification en poche, j'ai commencé à pratiquer la relation d'aide avec des cadres diplômés d'écoles d'ingénieurs ou de commerce. Naturellement sont venu à moi des coachées et coachés souffrant de troubles psychiques et autistiques. Avec la supervision d'un psychiatre retraité, je me suis ouvert à d'autres troubles que les miens, notamment le syndrome asperger et les schizophrénies. Même si mes troubles sont différents, mon expérience du rétablissement m'a beaucoup servi pour aider ces personnes à retrouver du travail ou à s'y sentir mieux. A l'approche

cognitive et comportementale apportée par Michael Pichat[6], j'ai ajouté des approches psychocorporelles : relaxations, méditations pleine conscience, marche consciente qui font partie de mon rétablissement. Je pratique depuis 14 ans et enseigne occasionnellement le Yoga Kundalini.
Le centre de ressources sur le handicap psychique des hauts de France a détecté une opportunité pour moi. J'ai travaillé pendant un an à raison de 4 heures par semaines pour l'Association d'aide Pour Adultes et Jeunes Handicapés en tant que médiateur de santé pair aidant au sein d'une Unité d'Accompagnement Spécialisée. Nous étions une équipe pluridisciplinaire au service de personnes souffrant de handicap psychique en milieu rural. Nous intervenions en visites à domicile.
En mai 2019, j'ai rejoint l'établissement public de santé mentale Lille métropole secteur 59G21. En Septembre suivant, j'ai débuté le cursus en Licence de Sciences Sanitaire et Sociale, mention médiateur de santé pair à l'Unité de Formation et de Recherches Santé Médecine Biologique de l'Université Sorbonne Paris Nord.

5.3 De mon expérience à un savoir expérientiel

Quand on tombe dans les troubles psychiques, il est très difficile de s'y situer, de se reconnaitre, de faire la part entre la maladie et la vraie vie, entre la réalité et les altérations des perceptions ou interprétations. L'acquisition d'une expérience s'en trouve complexifiée. I. Kant [7]démontre : *« Telles sont donc les trois analogies de l'expérience. Elles ne sont autres que des principes gouvernant la détermination de l'existence des phénomènes dans le temps, d'après les trois modes de celui-ci : le rapport au temps lui-même en tant que grandeur (la grandeur de l'existence, c'est-à-dire la durée), le rapport intervenant dans le temps en tant que série (la succession), enfin le rapport interne au temps en tant que tout de l'existence (la simultanéité) »*
Aussi ai-je fait un effort de résumé et de situation dans le temps pour décrire ma propre expérience sous forme de tableau porté en annexe.
Au départ, l'idée était d'étudier la saisonnalité de mes troubles. Aussi ai-je créé 12 colonnes correspondant aux mois pour y documenter les virages de l'humeur (H pour hypomanie, M pour manie, D pour dépression). En ligne, j'ai retenu les années 1983 à 2020. Un examen visuel rapide met en évidence des virages de l'humeur saisonniers centrés sur les mois de septembre principalement et mars secondairement.
Les virages de l'humeur isolés sont corrélables avec des évènements stresseurs documentés dans une colonne et contextualisés avec les colonnes Localisation et Organisme-Situation professionnelle.
Les colonnes diagnostic-comorbidités, traitement ont été ajoutées à la demande de mon psychiatre. J'ai terminé par 3 colonnes outils de rétablissement qui sont Travail thérapeutique, Hygiène de vie et enfin sport loisirs.
Ce tableau permet de visualiser toute mon expérience globalement, de constater la saisonnalité de mes troubles et les causes exogènes des décompensations. Il résume, dans les trois dernières colonnes, le savoir-faire expérientiel déployé pour vivre avec.
Ce tableau n'a laissé aucune personne accompagnée indifférente. Elles se sont toutes plongées dedans et ont eu envie de faire un travail similaire.

---

[6] PICHAT, Michael, *Manuel de coaching cognitif et comportemental*, Paris, Dunod, 2013, 2020.

[7] KANT, Immanuel, *Critique de la raison pure*, Chicoutimi, Editions électroniques de l'Université du Québec, 1781, p. 145,

Madame F a renoncé et s'en est excusée en disant que cela était trop scolaire pour elle. D'autres personne souffrant de troubles anxio-dépressifs ont décidé d'étudier la saisonnalité de leurs troubles non pas sur les années mais sur les semaines voire les journées. Monsieur V a décidé de faire un travail similaire sous forme de livre et d'y porter des photos.
Toutes ont vu un exemple de projection de l'expérience de la maladie et du rétablissement sur un simple tableau. Il s'agit d'un choc de simplification. L'anamnèse est complexe, alors on la décompose en éléments simples (bien que nombreux). On ne regarde que ce qui change, les virages de l'humeur, les apparitions brutales de stresseurs, les saisons, les changements d'activités, les changements de situations. Il s'agit aussi d'un débarrassage de charge mentale : on débarrasse tous ces faits de la mémoire pour les projeter sur un tableau unique de format A3 horizontal. Il s'agit enfin d'un grand rangement dans le temps et par catégorie au moyen d'un tableau à lignes et colonnes qui structure tout ce qui a fait jusqu'alors confusion.
Une fois l'expérience située dans le temps, concevoir un nouveau projet de vie est plus facile. J'invite alors les personnes que j'accompagne à définir leur projet de vie sous la forme d'une arborescence avec 4 catégories : i) la finalité du projet de vie ii) les objectifs mesurables iii) les missions concrètes iiii) l'accomplissement. Un exemple de projet de vie est porté en annexe.

5.4 Les principaux apports en formation de médiateur de santé pair à L'Université Sorbonne Paris Nord et sur le terrain à Lille-Métropole

Tout d'abord, les partages de savoirs expérientiel en sous-groupe, la diversité des personnes accompagnées et les inter-visions entre médiateurs de santé pair m'ont permis de découvrir l'extraordinaire complexité des troubles psychiques. Les règles générales, même avec des exceptions ne suffisent pas à expliquer toutes les situations. C'est pourquoi le Manuel Statistique des troubles Mentaux est remis en question.
Du coup, le cours sur les troubles psychiques présentés par Déborah Sebbane m'a permis d'acquérir le bilinguisme patient-psychiatrie indispensable à la fonction d'interprète entre usagers et services de santé mentale. Certains collègues travailleurs sociaux ne maitrisent pas non plus le vocabulaire psychiatrique. Je les ai aidés en tant qu'interprète sensible et rassurant.
Ensuite, le cours de droit des patients m'a ouvert les yeux en tant que médiateur mais aussi patient voire citoyen de la république.
Enfin, le cours d'ETP, Éducation Thérapeutique du Patient, me sera utile afin de participer à ces dispositifs financés par les ARS sur tous les territoires. Ce n'est pas le cas en Dordogne où je viens de m'installer pour suivre ma compagne. J'y vois donc une sorte d'accréditation professionnelle qui me permettra, je l'espère, de travailler.
En ce qui concerne le reste du programme de la formation, je pense qu'il me servira ou me desservira, suivant l'usage que j'en ferai. D'une part, il me permet de comprendre le jargon et l'histoire du secteur médico-social, d'autre part il risque de me déformer et de me faire rentrer dans le moule.
Comme l'explique L Demailly *« les MSP (médiateurs de santé pairs) s'appuient essentiellement sur la conversion des savoirs expérientiels en savoir-faire*[8]*. C'est pour*

[8] DEMAILLY Lise*, Les pratiques des médiateurs de santé pairs en santé mentale*, Lise, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

cela qu'elle est limitée 240 heures, durée qui serait incompatible pour acquérir des techniques et méthodes solides. »
Une collègue Médiatrice de Santé Paire de la promotion précédente m'a demandé de l'aide pour conduire les entretiens au cours desquels elle ne savait pas quoi dire. Nous sommes allés ensemble en visite chez une dame qu'elle suivait. Je me suis présenté et l'échange s'est établi naturellement devant ma collègue qui a observé attentivement. En sortie d'entretien, nous avons échangé sur certains passages, certains gestes. Trois mois plus tard, nous sommes retournés voir ensemble la même patiente et cette fois, c'est ma collègue qui a mené l'entretien. Elle était métamorphosée, souriante, dynamique et contagieuse. Dans la formation, je pense qu'il faut privilégier les mises en situations en binôme pour acquérir un grand nombre de micro-compétences: observer, écouter, se présenter, réagir, poser une question, donner une information...et dans toutes sortes de contexte, projet de suicide, baisse de tonus, crise maniaque, dépression, anxiété, anorexie, alcoolisation massive, perte d'emploi…Cela accélèrerait la conversion des savoirs expérientiels en savoir-faire dont parle L Demailly.

5.5 Les principales limites que je me donne dans l'exercice du métier

Lorsqu'on est membre d'une équipe médico-sociale, il est impossible de jouer un rôle de médiateur neutre entre deux parties opposées[9]. Par contre, dans le cas d'une activité indépendante, jouer le rôle de médiateur entre usager et accompagnants serait envisageable. On parle de *case manager* au sein de *recovery colleges.*
J'espère aussi ne jamais parler creux comme cela arrive dans certaines réunions. Un cadre supérieur de l'Établissement Public de Santé Mentale Lille-agglomération m'a dit lors d'une séance de Projet Territorial de Santé Mentale « *Monsieur, gardez votre parlé, ne vous laissez pas déformer par la licence »*
Ensuite, les médiateurs de santé pairs membres d'une équipe ne peuvent pas être chargés d'améliorer les pratiques de leur propre équipe. C'est une mission bien trop périlleuse. *Toute institution est un espace où les pratiques se sclérosent assez facilement*[10]. Pour ma part, je me limiterai à contribuer à améliorer si je suis membre de l'équipe. Par contre, en tant que formateur extérieur lors d'une intervention en binôme avec une psychologue, j'ai constaté qu'il est possible d'améliorer la compréhension du rôle de pair en santé mentale et de faire adhérer même les personnes les plus récalcitrantes.
Enfin, pour durer dans le métier, il faudrait idéalement exercer à temps partiel, participer à des inter-visions entre collègues et bénéficier d'une supervision réalisée par un professionnel lui-même concerné. Il s'agit aujourd'hui plus d'une fonction - celle de montrer un exemple et faciliter le rétablissement - que d'un métier qui reste à concevoir tout en se faisant une place parmi les éducateurs spécialisés, psychologues, psychomotriciens, assistants sociaux, infirmiers, arts thérapeutes voire auxiliaires de vie.

---

[9] GARDIEN Eve et LAVAL Christian, *Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé pairs »*, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

[10] GROSS Olivia, *Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : enjeux pour leur formation initiale et continue*, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

CONCLUSION

Les apports de mon expérience au sein de l'établissement public de santé mentale Lille métropole secteur 59G21 sont tout d'abord d'avoir atteint l'autonomie professionnelle en tant que médiateur de santé pair au sein de deux équipes qui accompagnent des adultes souffrant de troubles psychiques. Ce secteur particulier de la psychiatrie hospitalise le plus souvent possible avec le consentement de la personne. Ainsi j'ai eu la chance de participer à des consultations collectives avec l'usager, sa famille et plusieurs professionnels pour comprendre l'intégralité de la situation de la personne sur les plans psychiatrique, certes, mais aussi sur tous les autres plans de la vie, la famille, le travail, la vie amoureuse, les ennuis d'argent, de logement, les démarches administratives, faire des courses, se faire à manger, prendre ses médicaments, gérer les effets secondaires. Dans cette approche holistique, à l'heure où toute l'information (bonne comme mauvaise) est disponible à portée de main, la seule boussole qui permet d'aider la personne à s'orienter, se soigner et à retrouver une place au sein de la cité est son projet de vie, pas celui de son entourage ou de l'équipe soignante, le sien. Enfin, mon expérience sur le terrain m'a appris qu'il vaut mieux accompagner une personne dans un projet de vie trop exigeant que de l'en dissuader. Au pire, la personne va se rendre compte par elle-même que ce n'est pas possible mais au moins en essayant, elle a décidé et entrepris quelque chose au lieu de stagner.

Quant aux principaux apports de l'analyse de mes pratiques, je me suis rendu compte que ce *besoin vital d'aider* peut paradoxalement nuire à mon efficacité professionnelle. En effet, vouloir aider avant que la personne exprime une demande d'aide n'est pas efficace. Dans la pratique professionnelle, étant donné que j'ai eu totale liberté d'accompagner les personnes à l'extérieur, j'avais tendance à marcher en imposant la cadence. En analysant ma pratique des entretiens en Intervision avec deux collègues médiatrices de santé paires, j'ai découvert que l'on peut suivre la personne, ce qui correspond à marcher un centimètre derrière tout en calant ses pas sur le rythme des pas de la personne. Quand assis, j'écoute une personne et qu'elle réfléchit pendant de longues secondes avant de se lancer, il faudrait que j'attende …… longtemps. Mais la gêne l'emporte et je ne peux m'empêcher d'intervenir au bout de 26 secondes qui me semblent délétères pour la personne. Peut-être devrais-je alors porter mon attention sur ma propre respiration tout en observant celle de l'autre ? Au-delà de nos discours, nos respirations en disent long sur nos états psychiques. Coupée, haletante, bloquée, haute dans la poitrine voire la gorge, nos respirations témoignent d'un malaise. Lente, profonde, basse dans la poitrine, ventrale, nos respirations témoignent d'un bien être. Et inversement, en respirant volontairement de manière ventrale, en pratiquant volontairement une expiration lente, notre rythme cardiaque ralentit, la tension baisse, l'anxiété - mère de tous nos troubles - aussi.

J'ai l'impression d'avoir fait du *beau travail* avec de *belles personnes*, comme on dit dans le Nord. J'espère continuer à exercer en Dordogne tout en maintenant un lien avec le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé, l'Université Sorbonne Paris Nord et son alumni de médiatrices de santé paires et médiateurs de santé pairs.

BIBLIOGRAPHIE

HENKES, Nicolas, *La psychiatrie de secteur, Quelle histoire, quel avenir ?* Paris, Editions Esprit, 2015

RUIZ, Claire, KURKDJIAN, Laurence, *La Santé Mentale en Population Générale : image et réalités*, L'information Psychiatrique, 2007

ROLLNICK, Stephen et MILLER, R. William, l'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, Paris, Interéditions, 2019

ROLLNICK, Stephen et MILLER, R. William et ARKOWITZ, Hal, *L'entretien motivationnel dans le champ de la santé mentale*, Paris, Dunod, 2013

GAUDRIE, Baptiste, *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, 2014, p370

PICHAT, Michael, *Manuel de coaching cognitif et comportemental*, Paris, Dunod, 2013, 2020

KANT, Immanuel, *Critique de la raison pure*, Chicoutimi, Editions électroniques de l'Université du Québec, 1781, p. 145

DEMAILLY Lise*, Les pratiques des médiateurs de santé pairs en santé mentale*, Lise, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

GARDIEN Eve et LAVAL Christian, *Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé pairs »*, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

GROSS Olivia, *Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : enjeux pour leur formation initiale et continue*, Cahiers du rhizome 75-76, Interprétariat et médiations, 2020

EXPERIENCE																				
Année	**Localisation**	**ORGANISME Situation professionnelle**	**Stresseurs**	**MOIS / THYMIE**												**Diagnostic** *Comorbidités*	**Traitements**	**Travail Thérapeutique**	**Hygiène de vie**	**Sport loisir**
				j	f	m	a	m	j	j	a		o	n	d					
1983	Bordeaux	MATH SPE Etudiant	Coucours grandes écoles / bizutage						H	D		D				*tics**				surf judo guitare
1984	Bordeaux	ENSAM Etudiant	Bizutage subit		H															
1985	Bordeaux	ENSAM Etudiant																		
1986	Paris	ENSAM Etudiant	Rupture amoureuse						D											
1987	Bordeaux	AEROSPATIALE Ingénieur	Prise de Cannabis et alcool						H											arrêt judo
1988	Bordeaux Sénégal	COOPERATION prof de math	Expatriation et cannabis									H	M	D		Bouffée délirante	Haldol+Nozinan			
1989	La Rochelle	SHELL Responsable Production	Demande en mariage/mariage						M							Psychose Maniaco-dépressive	Téralithe Haldol*	Lecture sur la PMD		
1990	La Rochelle	REMY MARTIN Resp. Production	Naissance de ma fille														Téralithe	Lecture sur le litium		
1991	La Rochelle- Cognac	REMY MARTIN Resp. Production	Licenciement			D											Téralithe		arrêt canabis	
1992	Cognac	REMY MARTIN Resp. ingéniérie															Téralithe			
1993	Cognac	REMY MARTIN Resp. ingéniérie	Naissance de mon fils														Téralithe			reprise judo
1994	Cognac	REMY MARTIN Resp. ingéniérie															Téralithe			arrêt judo
1995	Cognac	REMY MARTIN Resp. ingéniérie												D			Téralithe			
1996	Cognac- La Réunion	MAUVILAC Resp. Technique	Déménagement outre mer									H					Téralithe			
1997	La Réunion-	CASTEL Dir. Technique Chômage	Fin de période d'essai				D										Téralithe			
1998	Bordeaux	MBA ICG Apprenant	Rédaction du mémoire									D					Téralithe			
1999	Bordeaux- Chartres	LANCASTER Resp. Projet	Changement de mission														Téralithe	Analyse, Conférences		
2000	Chartres	LANCASTER Resp. Projet	Licenciement		D												Téralithe	TCC cognitive		
2001	Chartres		Interruption du traitement 3 semaines									M					Téralithe Haldol*	TCC cognitive	arrêt alcool	
2002	Chartres - Bordeaux	LAMSO Resp. Production	Patron autoritaire		H	D											Téralithe Haldol*	TCC + ETP/TB	arrêt café	
2003	Bordeaux	LAMSO Resp. Production	Patron autoritaire									D					carbamazépine	TCC estime de soi		moto
2004	Bordeaux	THALES Ing. Etudes	Précarité														Lamotrigine	TCC estime de soi		
2005	Bordeaux	EIFFAGE ingénieur Maintenance	Achat et rénovation maison													*Etat de stress post traumatique*	Lamotrigine	TCC gestion stress		
2006	Bordeaux	EIFFAGE ingénieur Maintenance	Réponses à appels d'offres													*Arrêts tics*	Lamotrigine	TCC exposition pr.		reprise judo
2007	Bordeaux	EIFFAGE Responsable Maintenance															Lamotrigine	TCC gestion stress		Yoga, arrêt judo
2008	Bordeaux	EIFFAGE Responsable Maintenance	Réponses à appels d'offres														Lamotrigine	TCC gestion stress	arrêt tabac	Guitare basse
2009	Bordeaux	EIFFAGE Responsable Maintenance	Rencontre amoureuse														Lamotrigine	TCC affirmation		
2010	Bordeaux	EIFFAGE Responsable Maintenance	Divorce										H	D		*Reprise des tics**	Lamotrigine	TCC affirmation		
2011	Bordeaux - Lille		licenciement - déménagement			H	D										Lamotrigine			Arrêt surf, marche
2012	Lille/Paris	APEX Responsable SAV	Trajets et urgences									H	D			*Sciatique*	Lamotrigine			Art plastique
2013	Lille/Paris	APEX Responsable SAV	Trajets, bruit et urgences														Lamotrigine			
2014	Lille/Paris	APEX Responsable SAV	Licenciement	H	D							H					Lamotrigine			Arrêt art plastique
2015	Lille	Création d'activité de conseil				H											Lamotrigine			
2016	Lille	Conseil - Formation	Précarité									D					Téralithe			
2017	Lille	CHRYSIPPE - Apprenant Coaching	Précarité			D				D							Téralithe		réduction sel	
2018	Lille	APAJH MSP / Coaching	Contrôle institutionnel													*Insuffisance rénale*	Xeroquel Solian*	TCC gestion	arrêt sucre	
2019	Lille	EPSM MSP / Coaching professionnel	Formation L3 à Bobigny										H				Xeroquel + 20%*	TCC gestion		
2020	Lille - Sarlat	EPSM MSP / Coaching professionnel	Déménagement à Sarlat													*Arrêt tics* Reprise tics**	Baisse traitement			
Légendes				Hypomanie Manie Dépression												* Dermatillomanie	(*) en cas de virage maniaque			
			Nombres total de virages --->	1	4	5	2	0	4	2	1	9	4	3	0					

PROJET DE VIE				
FINALITE	OBJECTIFS	MISSIONS	ACCOMPLISSEMENT	
			2020/01	2020/07
VIVRE BIEN	LA RENDRE HEUREUSE	La surprendre		
		La faire rire		
		Préparer voyage en Asie	projet reporté après le déménagement	
		Adopter un chien	projet reporté après le déménagement	
	ME FAIRE PLAISIR	Surfer	Peu d'occasions en ce moment	RDV avec ma Fille pour aller surfer ensemble
		Rouler en propulsion	200% (moto et voiture)	Essai d'un Buggy VW, recherche d'un trail
		Jouer de la Basse électrique		Recherche d'un groupe de funk-rock
		Faire des photos	Prise en main nouvel objectif pour portraits	Quelques portraits réussis en noir et blanc
		Créer	Porte mentaux, Ombrage avec voiles, potager	Ecriture de mon mémoire
	RESTER EN FORME ET ZEN	Peser mon poids de forme	79Kg pour 75kg objectif	
		Pratiquer le Kundalini Yoga	1/semaine en collectif, 1fois/semaine en solo	Pratique en vision 3 fois par semaine
		Pratiquer la marche	1 fois par semaine	Randonnénes 3 fois par semaine
		Nager	1 fois par mois	Nage en Drivière tous les jours de chaleur
	ASSURER MES ARRIERES	Mettre en place une 1/2 pension	Fait	Me renseigner sur mes droits
		Développer de coaching Professionnel	Refonte du Site internet	2 coaché.e.s en ce moment en région
		Développer formation-conseil en entreprise	Stand by en ce moment	Offre faite pour diagnostic de la maintenance dans une usine de la région
		Professionnaliser la pair-aidance	Licence L3 SSS MSP à 50%	Mémoire fait, reste devoir d'ETP
		Développer mon réseau local	stand by en ce moment	Maire rencontré, deux recommandations, Rencontre Unafam et recovery college
	DEMENAGER	Trouver une maison à louer	dossier locataire en cours	Fait
		Réaliser le prédéménagement 20 m3	fournitures achetées, location 20m3 retenue	Fait
		Préparer le déménagement 50 m3	Consultation déménageurs	Fait
		Choisir maison à acheter		Fait
		Préparer le déménagement 70 m3		Contact avec Ben et Pierre pour camion et aide