



Le programme expérimental des
médiateurs de santé pairs (en santé mentale)
Recherche qualitative

Rapport intermédiaire N°1. Avril 2013

Lise Demailly, Olivier Dembinski, Damien Cassan,
Jérémy Soulé, Claire Bélart

avec la participation de Nadia Garnoussi et Cyril Farnarier

Direction scientifique : Catherine Déchamp Le Roux, Lise Demailly

Aide du CCOMS notamment Florentina Rafael, Massimo Marsili, Guillaume François. Aide logistique de Alice Dubard, Jérémy Soulé

Lille, 29 avril 2013

Convention de recherche CLERSE USTL Lille 1 / CCOMS EPSM Lille métropole
octobre 2012

SOMMAIRE DÉTAILLÉ

Avant propos. Lise Demailly	9
Chapitre I- Synthèse des préconisations concernant la formation et le stage des MSP. Lise Demailly	13
I- Le recrutement	15
II- La formation à Paris VIII	15
III- Le stage	17
Chapitre II- Approche méthodologique. Lise Demailly	19
I- Le passage par le CPP et l’emprise du biomédical	19
II- Une entrée trop tardive sur le terrain	21
III- Problèmes déontologiques et de positionnement	23
IV- L'impact de la recherche quantitative	23
V- La méthodologie mise en oeuvre jusqu'en mars 2013	24
ANNEXES	26
Grille pour les entretiens semi-directifs sur l’histoire du projet	26
Grille d'entretien semi-directif pour les MSP	27
Grille de compte rendu d'observation des soutenances de mémoire	30
Grille d'entretien semi-directif pour les “interlocuteurs privilégiés”	31
Chapitre III- La sélection des sites. Jérémie Soulé	33
Chapitre IV- La sélection des médiateurs de santé pairs. Jérémie Soulé	37
Chapitre V- Les abandons. Damien Cassan, Olivier Dembinski	41
Chapitre VI- La satisfaction des médiateurs vis-à-vis de la formation théorique (d'après les questionnaires). Jérémie Soulé	47
I- Satisfaction globale	48
II- Satisfaction détaillée	52
Conclusion	57
Chapitre VII - La formation théorique (d'après quelques entretiens avec les MSP). Damien Cassan	59

I- Les éléments d'appréciation positive.....	59
Fierté d'appartenance au groupe de MSP.....	59
Les connaissances en psychopathologie	59
Des cours bien appréciés	60
Un format bien adapté : l'interactivité des cours.....	61
II- Les critiques à l'égard de la formation théorique.....	62
Vous avez dit « médiateur » ?.....	62
Les considérations logistiques et organisationnelles.....	64
Quelques ratés.....	65
Incertitude de la fonction, et incertitude sur l'avenir.....	65
La valeur du diplôme.....	66

Chapitre VIII- L'année de stage dans la parole des MSP. Damien Cassan67

I- Des prémices d'une intégration compliquée ?.....	67
Un accueil frisquet : le MSP laissé à l'écart.....	68
Un sentiment d'inutilité et un rapport de force inégal	69
De la « maltraitance » de la part des équipes ?.....	70
Rechute due au contact avec les patients?	71
Quand deux conceptions / cultures s'affrontent.....	72
II- Les aspects positifs: le travail auprès des patients.....	73
Les modalités d'intervention	73
La reconnaissance progressive des MSP par certaines équipes.....	74
Les MSP plus « accessibles »	75
Les MSP se sentent bien auprès des patients.....	75
L'apport en termes d'approche différente	76

Chapitre IX - La question de la professionnalisation des MSP. Lise Demailly79

I- L'approche sociologique de l'émergence des métiers	80
I,1- Le concept de professionnalisation	80
I,2-Différents types de transaction sociale	83
I,3- La montée de la logique compétence	85
II- La situation des MSP : atouts et obstacles de départ à la création d'un métier	86
II,1-Atouts	86
II,2- Obstacles	86
III- Les évolutions stratégiques sur le mode de professionnalisation.....	88
III,1- La stratégie « qualification »	88
III,2- La stratégie « qualités »	89
III,3- La stratégie « compétence »	92

III, 4- Les difficultés rencontrées pour écrire un référentiel de compétences	93
III, 5- Les hésitations sur la famille de métiers visés.....	94
IV- Perspectives et conditions de professionnalisation	97
IV,1- La question du salaire	98
IV,2- La délicate question des groupes professionnels voisins	98
IV, 3- Les stratégies possibles de professionnalisation	100
IV,4- Une stratégie à relativiser	102
Bibliographie.....	104
Chapitre X - Vision de soi et du métier dans les mémoires des MSP.	
Claire Bélart.....	107
I-La définition du métier de MSP et les usages du savoir expérientiel.....	107
II- Le rapport avec les autres professionnels et le rôle du MSP dans l'équipe soignante.....	111
III- Le rapport aux patients et la notion de distance.....	113
IV- La représentation de l'avenir des MSP	113
V- Le rapport à la souffrance personnelle.....	114
Annexe -Documents importants concernant l'évolution de la fonction	115
Avant propos. Lise Demailly	7
Chapitre I- Synthèse des préconisations concernant la formation et le stage des MSP. Lise Demailly.....	11
I- Le recrutement	13
II- La formation à Paris VIII.....	13
III- Le stage.....	15
Chapitre II- Approche méthodologique. Lise Demailly.....	17
I- Le passage par le CPP et l'emprise du biomédical.....	17
II- Une entrée trop tardive sur le terrain.....	19
III- Problèmes déontologiques et de positionnement	20
IV- L'impact de la recherche quantitative.....	21
V- La méthodologie mise en oeuvre jusqu'en mars 2013	22
Grille pour les entretiens historiques (à moduler selon les interlocuteurs)	24
Grille d'entretien individuel pour les MSP/ Premier entretien	24
Grille de compte rendu d'observation des soutenances de mémoire.....	28
Grille d'entretien interlocuteur privilégié.....	29
Chapitre III -La sélection des sites. Jérémie Soulé.....	31

Chapitre IV- La sélection des médiateurs de santé pairs. Jérémie Soulé .	35
Chapitre V- Les abandons. Damien Cassan, Olivier Dembinski	39
Chapitre VI- La satisfaction des médiateurs vis-à-vis de la formation théorique (d'après les questionnaires). Jérémie Soulé	45
I- Satisfaction globale	46
II- Satisfaction détaillée.....	50
Conclusion	55
Chapitre VII - La formation théorique (d'après quelques entretiens avec les MSP). Damien Cassan.....	57
I- Les éléments d'appréciation positive.....	57
Fierté d'appartenance au groupe de MSP.....	57
Les connaissances en psychopathologie	57
Des cours bien appréciés	58
Un format bien adapté : l'interactivité des cours.....	59
II- Les critiques à l'égard de la formation théorique.....	60
Vous avez dit « médiateur » ?.....	60
Les considérations logistiques et organisationnelles.....	62
Quelques ratés.....	62
Incertitude de la fonction, et incertitude sur l'avenir.....	63
La valeur du diplôme.....	64
Chapitre VIII- L'année de stage dans la parole des MSP. Damien Cassan	65
I- Des prémices d'une intégration compliquée ?.....	65
Un accueil frisquet : le MSP laissé à l'écart.....	66
Un sentiment d'inutilité et un rapport de force inégal	67
De la « maltraitance » de la part des équipes ?.....	68
Rechute due au contact avec les patients?	69
Quand deux conceptions / cultures s'affrontent.....	70
II- Les aspects positifs: le travail auprès des patients.....	71
Les modalités d'intervention	71
La reconnaissance progressive des MSP par certaines équipes.....	72
Les MSP plus « accessibles »	72
Les MSP se sentent bien auprès des patients.....	73
L'apport en termes d'approche différente	74
Chapitre IX - La question de la professionnalisation des MSP. Lise Demailly	75

I- L'approche sociologique de l'émergence des métiers.....	76
I,1- Le concept de professionnalisation.....	76
I,2-Différents types de transaction sociale.....	79
I,3- La montée de la logique compétence.....	81
II- La situation des MSP : atouts et obstacles de départ à la création d'un métier.....	82
II,1-Atouts.....	82
II,2- Obstacles.....	82
III- Les évolutions stratégiques sur le mode de professionnalisation	84
III,1- La stratégie « qualification ».....	84
III,2- La stratégie « qualités ».....	85
III,3- La stratégie « compétence ».....	87
III, 4- Les difficultés rencontrées pour écrire un référentiel de compétences	88
III, 5- Les hésitations sur la famille de métiers visés.....	90
IV- Perspectives et conditions de professionnalisation	93
IV,1- La question du salaire	94
IV,2- La délicate question des groupes professionnels voisins	94
IV, 3- Les stratégies possibles de professionnalisation	95
IV,4- Une stratégie à relativiser	98
Bibliographie.....	100

Chapitre X - Vision de soi et du métier dans les mémoires des MSP.

Claire Bélart..... 103

I-La définition du métier de MSP et les usages du savoir expérientiel.....	103
II- Le rapport avec les autres professionnels et le rôle du MSP dans l'équipe soignante.	107
III- Le rapport aux patients et la notion de distance.....	109
IV- La représentation de l'avenir des MSP	109
V- Le rapport à la souffrance personnelle.	110

Annexe -Documents importants concernant l'évolution de la fonction111

Avant propos. Lise Demailly

Avertissement

Le présent document propose une note d'avancement de travaux dans la recherche évaluative qualitative du programme expérimental MSP. Il s'appuie sur les enquêtes menées pendant la phase de formation (formation à Paris VIII et stage) par le CLERSE entre septembre 2012 et février 2013.

Disons en quelques mots en quoi consiste ce programme expérimental. Il s'agit de l'embauche, sur CDD renouvelables, d'ex-usagers de la psychiatrie (personnes ayant eu ou ayant encore des troubles psychiques, rétablis ou en voie de rétablissement, au nombre initial de 29) dans des services de psychiatrie publique, après qu'elles aient été stagiaires un an et qu'elles aient suivi parallèlement une formation de huit semaines (DU de médiateur de santé pair à Paris VIII). Le programme est financé, pour ce qui en est de la formation, par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie et les quinze établissements hospitaliers concernés, pour les emplois, par trois Agences Régionales de Santé (Ile de France, Nord Pas de Calais et Provence-Alpes-Côte-D'azur) et, pour ce qui est de la recherche évaluative qualitative¹ par la Direction générale de la santé. Le programme pourrait en principe, après la phase expérimentale, être prolongé temporellement dans les lieux déjà engagés et étendu par vagues successives à d'autres régions voire généralisé. Les MSP sont actuellement embauchés dans les hôpitaux sur statut d'"adjoint administratif" (catégorie C de la fonction publique). Le programme expérimental est dirigé par le CCOMS (Centre collaborateur OMS France pour la santé mentale), qui a pour objectif, au delà de la création d'une nouvelle profession, la transformation des pratiques et des représentations des équipes de psychiatrie publique².

² Son « objectif va au delà de la simple introduction d'un nouveau métier dans la panoplie des professions déjà existantes dans le domaine de la santé et notamment dans la santé mentale. Il s'agit d'un changement qui nécessairement entraîne des changements de perspective dans l'entier système d'organisation des soins/.../. Dans une logique systémique, l'arrivée de cette petite patrouille de MSP remet en cause la perspective objectivante du modèle médical, platement adopté dans le domaine de la santé mentale. » Massimo Massili, Psychiatre, Chargé de mission CCOMS sur ce programme.

Pour en savoir plus sur le programme, il est conseillé au lecteur de lire la présentation de celui-ci sur le site du CCOMS. [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme- « médiateur-de-santépairs »](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-«médiateur-de-santépairs»). Le site de Paris VIII peut également être consulté concernant la formation: <http://www.fp.univ-paris8.fr/Mediateur-de-sante-Pair-DU>.

Ce rapport intermédiaire aborde le programme expérimental comme un processus social multi-acteurs. Basé sur six mois d'enquêtes, il n'est qu'un moment dans le processus du travail d'analyse sociologique. Il correspond aussi à un moment de l'histoire du programme expérimental qui est riche en événements et rebondissements divers et nous ne pouvons à l'heure actuelle encore prévoir sur quelles notes enthousiastes ou désenchantées il se terminera.

Remerciements

Nous remercions vivement et chaleureusement les MSP qui nous ont longuement parlé, les discussions avec eux ont toujours été passionnantes. Nous remercions aussi tous les professionnels qui nous ont accueillis et le CCOMS qui a facilité notre travail.

Composition de l'équipe de recherche (ordre alphabétique)

Claire Bélart, Docteur en sociologie, PRAG, École centrale de Lille

Damien Cassan, Docteur en sociologie, CLERSE, Chargé d'études

Catherine Déchamp Le Roux, Professeur de sociologie, Lille1, CLERSE, co-responsable scientifique

Lise Demailly, professeur émérite de sociologie, Lille1, CLERSE, responsable scientifique de la recherche évaluative qualitative.

Olivier Dembinski, maître de conférence de sociologie, Université technologique de Belfort, responsable scientifique

Cyril Farnarier, Docteur en socio-anthropologie, CNE, chargé d'études

Nadia Garnoussi, Docteur en sociologie, CERMES, chargé d'études

Jérémie Soulé, M2 de sociologie, chargé d'études

Coordonnées pour contact

lise.demailly@univ-lille1.fr

tel 0320125867

Lise Demailly Maison européenne des sciences de l'homme et de la société, 2 rue des canoniers, 59000, Lille

Plan du rapport

Le premier chapitre relève d'une démarche d'évaluation proprement dite: appréciation des points positifs et négatifs concernant l'année de formation et préconisations pour un éventuel renouvellement du programme.

Les chapitres suivants présentent des descriptions ou des analyses. Celles-ci sont toujours partielles, car il est bien trop tôt pour effectuer un travail de synthèse. Les travaux d'enquête et de transcription du matériel recueilli étant encore très peu développés du côté des équipes d'accueil, c'est surtout le point de vue des MSP qui a été traité et qui donne une certaine coloration unilatérale à certains chapitres.

Ces chapitres présentent la méthodologie (Ch 2), éclairent certains aspects des préconisations (le mode de recrutement des MSP, le mode de recrutement des sites, les abandons, le rapport des MSP à la formation tel qu'il s'exprime en entretien ou dans les questionnaires, dans les chapitres 3 à 7), développent une méthodologie spécifique (la lecture des mémoires, ch 10), commencent à aborder la situation des MSP dans les sites lors de l'année de stage (Ch 8), ou s'essayent à traiter une question en partie théorique (celle de la création éventuelle d'une nouvelle profession, Ch 9).

Chapitre I- Synthèse des préconisations concernant la formation et le stage des MSP. Lise Demailly

L'ensemble du processus d'évaluation qualitative du programme expérimental MSP se fait par rapport aux objectifs suivants qui sont ceux du réseau promoteur (CCOMS et trois ARS)

- effets positifs de l'intervention des MSP dans les services sur le processus de rétablissement des usagers des services de psychiatrie publique.
- effets positifs sur le rétablissement des MSP eux-mêmes et leur insertion professionnelle
- effets sur les équipes dans lesquelles les MSP sont insérés en terme de modification des représentations de soignants: orientation vers la psychiatrie sociale et communautaire, le soin dans la cité, le rétablissement.
- effets sur le système de psychiatrie publique dans son ensemble (dans le même sens qu'au point précédent) par le biais de la création d'une nouvelle profession de santé.³

Rappelons -ce qui va sans dire- que cette évaluation n'est pas celle des acteurs, qu'ils soient centraux ou non, mais celle d'un processus social multi-acteurs, dans ses effets sociaux, et par rapport à une mise en oeuvre concrète à responsabilités partagées, qui n'est pas forcément celle que tel ou tel acteur aurait souhaité, qui peut être même n'aurait pas pu être inventée autrement qu'elle ne l'a été au vu des circonstances. Mais qui en tout cas est celle qui a eu lieu effectivement. Et ce n'est que par rapport à l'effectif que peut se situer une évaluation externe.

³ Ce dernier point mérite un élargissement: l'évaluation de la pertinence de type de démarche d'impulsion du changement social. Il s'agit ici d'une expérimentation pilotée centralement, ce qu'on peut opposer à trois autres formes d'action publique possibles:

- le changement décrété
- l'innovation locale
- le changement impulsé et mis en oeuvre au volontariat.

Cf sur ce débat Michel Crozier 1979 *On ne change pas la société par décret*, Paris, Fayard et Claude Giraud, 1987 *Bureaucratie et Changement*, Paris. L'Harmattan.,

Les préconisations concernant le recrutement, la formation et l'année de stage ont été élaborées à partir :

- des avis exprimés par les chefs de service, cadres de santé lors des entretiens et »interlocuteurs privilégiés que nous avons pu rencontrer et interroger sur la formation et sur le recrutement
- des points de vue des MSP exprimés en entretien avec le sociologue ou lors de discussions.
- du *focus group* des MSP du 11 février 2013 dont une question a porté sur la formation
- de notre propre observation de séquences de formation et de l'analyse que nous pouvons en faire à partir de nos expériences antérieures en matière de formation continue d'adultes ⁴
- des questionnaires de satisfaction recueillis par le CCOMS ou par l'université de Paris VIII
- des points de vue exprimés par les trois responsables du CCOMS en charge de la formation et du suivi des stagiaires sur leurs lieux de stage: Stéphanie Dupont, Guillaume François, Massimo Massili.

Ces préconisations seront à notre avis très probablement confirmées par la suite de la recherche qualitative et peuvent donc être considérées comme à peu près définitives, mais elles seront affinées.

Certaines d'entre elles peuvent être appliquées tout de suite, si le CCOMS les juge pertinentes. D'autres correspondent à des points non rattrapables pour la présente promotion de MSP et nous préconisons de les prendre en compte si le programme se poursuit par une nouvelle vague de recrutements et de formation.

⁴ DEMAILLY L., 1991, "Modèles de formation continue des enseignants et rapport aux savoirs professionnels" *Recherche et formation*, Paris, n° 10.; CAUTERMAN (MM) DEMAILLY L. et alii, 1999, *La formation continue des enseignants est-elle utile ?* Paris, PUF; DEMAILLY L., 1999b, « Chantier commun et formation, la formation de surcroît », in PELLETIER (G.) (Dir.), *Former des dirigeants de l'éducation*, Bruxelles, de Boeck, p29-46; CASSAN D, 2005, *Une comparaison internationale de l'apprentissage et de la socialisation des policiers en France et en Angleterre*, Thèse Lille1

I- Le recrutement

Certains MSP aux personnalités très intéressantes et créatives ont été recrutés.

Certains lieux d'accueil ont réussi à faire une place aux MSP et à accepter de se laisser "enseigner" par eux.

Mais voici ce que nous conseillons de modifier, pour éviter un certain nombre de dysfonctionnements constatables dès la fin de la première année et qui se sont traduits par des abandons ainsi que des difficultés d'insertion des MSP.

- Pour le recrutement des MSP : il serait utile de modifier la procédure, quel que soit le moment de celle-ci, pour évaluer plus finement les formes et le degré du rétablissement. Un nombre non négligeable de MSP a montré un état de rétablissement pas assez avancé par rapport à une embauche comme MSP.⁵

- Pour le recrutement des sites : il est nécessaire de modifier la procédure pour vérifier que les équipes sont impliquées dans le projet d'accueillir un MSP et que l'intérêt pour le programme ne se réduit pas au médecin chef ou à la direction d'hôpital.

Nous savons que sur ces deux points le CCOMS a longuement débattu de ces procédures, que ses intentions ont rencontré des obstacles, que sa stratégie a connu des réajustements, et qu'elle visait un certain de points que nous mentionnons comme important, par exemple l'implication concrète des équipes. Mais le point de vue évaluatif est forcément en rupture avec les intentions de l'acteur. Nous regardons le recrutement des MSP et de sites, comme un processus social produisant des effets. Au vue des ces effets, nous estimons le processus de recrutement des MSP et celui de recrutement des MSP doivent être modifiés dans le cas d'un renouvellement du programme

II- La formation à Paris VIII

Nous avons relevé un certain nombre de points positifs, tout à fait appréciables étant donné qu'il s'agit d'une formation expérimentale pour une fonction à construire.

- La formation qui a globalement été construite par le CCOMS, avec des formateurs choisis par lui,⁶ a globalement été adaptée, très satisfaisante dans ses contenus et

⁵ Cette notion de degré juste de rétablissement aura bien sûr à être approfondie théoriquement et pratiquement dans la suite de la recherche.

⁶ sur 47 enseignants recrutés dans la formation ceux qui choisi par Paris 8 étaient: Alexandre

son ambiance et le caractère interactif des rapports avec les formateurs (tant de notre point de vue que de celui des MSP).

- Les formateurs de Paris VIII (notamment Alexandre Lunel) ont été appréciés par les MSP tant sur le plan intellectuel que sur leur capacité d'engagement humain dans les relations.
- La formation a permis au groupe des MSP de se constituer (nos observations, le point de vue des formateurs et celui des MSP) .
- L'entrée dans le processus de formation, de stage, dans le programme expérimental été un facteur complémentaire de rétablissement pour de nombreux MSP stagiaires (d'après nos entretiens avec les MSP) .

Néanmoins un certain nombre de points devraient être améliorés

Organisation et pédagogie

- 1- Rectifier quelques « erreurs de casting » concernant quelques intervenants
- 2- Améliorer la logistique et les conditions d'accueil
- 3- Programmer plus tard dans la formation l'intervention des Québécois
- 4- Laisser plus de place aux interactions entre MSP et à leur travail collectif sur leurs pratiques (la formation a bien été interactive entre intervenants et MSP, mais peu entre MSP). Cela concerne notamment les demi journées de regroupement sans formateurs Paris VII, dits « de débriefing », qui ne doivent pas se transformer en cours des animateurs du CCOMS mais doivent permettre l'élaboration des questionnements professionnels et de l'expérience clinique.

Contenus

1- Introduire un module de formation d'au moins une semaine (au lieu de seulement une demi-journée) sur les addictions, car les MSP sont souvent confrontés à ces pathologies et peuvent n'en avoir aucune expérience personnelle.

2- Introduire un module de formation sur l'organisation hospitalière, la vie des services, les projets de service, la hiérarchie, les responsabilités (indispensable pour

éviter des malentendus et maladresses de départ).⁷

Le mémoire

1- Ne pas coller temporellement le rendu du mémoire sur les épreuves sur table, mais laisser un décalage de quelques mois. Ce qui veut dire allonger la formation ou l'organiser temporellement autrement.

2- Veiller à ce que les animateurs du CCOMS, les formateurs recrutés par eux et les formateurs de Paris VIII aient une philosophie commune de que peut être un mémoire « professionnel » de MSP et l'expliquer aux stagiaires. Cela veut dire concrètement que les directeurs potentiels de mémoire doivent se réunir préalablement au lancement des enseignements, discutent des attentes par rapport à l'exercice, se mettent d'accord, et soient capables de l'expliquer aux MSP

3- Avoir beaucoup plus de disponibilité de la part des directeurs de mémoire pour suivre le travail des MSP, aider ceux qui sont en difficulté avec l'écriture

4- Inviter officiellement les équipes de site du stagiaire à la soutenance (avec l'accord du MSP)

Globalement il faut éviter que le dispositif de formation qu'est le mémoire ne soit sous-utilisé, réduit à un exercice scolaire stressant, alors qu'il peut être un outil de réflexivité pratique et de construction de savoirs cliniques à partir du savoir expérientiel⁸.

III- Le stage

Il faudrait que les animateurs CCOMS suivent le stage de beaucoup plus près. Cette communication régulière ne doit pas être *normative* (ne pas chercher à promouvoir un modèle commun d'intégration des MSP, ce qui aurait sans doute paru trop directif aux équipes et également aux MSP), mais *attentive*, pour aider chaque MSP à trouver sa *place* en proposant rapidement certaines pistes pour traiter

⁷ On pourrait estimer que ce travail doit aussi être fait, par les équipes, à l'entrée sur les terrains de stage. Néanmoins, comme il participe de la construction du cadre symbolique de l'action et de la représentation de soi comme professionnel; il est préférable que ce point soit introduit très vite, pour que les MSP ne s'imaginent pas comment *free-lance.*, surtout que certains services de soins ont une organisation clairement bureaucratique.

⁸ Les notions de "savoir expérientiel" et de "savoir clinique" seront travaillées dans la suite de la recherche

des dysfonctionnements de communication.

Cela permettrait de rectifier beaucoup plus vite les erreurs d'affectation.

Cela permettrait de repérer les quelques cas où les équipes infirmières sont complètement sous-informées par rapport au rôle du MSP, ou encore quand le turnover des soignants fait disparaître les personnes les mieux informées.

On peut penser qu'un suivi précoce et régulier diminuerait le taux de démission ou de non renouvellement de contrats (9 à l'heure actuelle) ou les changements de site tardifs (1 en cours).

La réalité de la construction individuelle et collective de savoirs cliniques des MSP aurait du (ou devrait être) une préoccupation du CCOMS, même s'il ne peut pas en être l'opérateur concret⁹.

Il est certain que ce bon dosage idéal entre *présence attentive* et *normativité faible* est délicat à mettre en oeuvre.

L'articulation stage/formation

Il faudrait absolument que, selon les lieux et les possibilités logistiques, les équipes de service qui accueillent des MSP puissent participer, en compagnie des MSP, à certaines séquences de formation

⁹ Certains MSP ont bénéficié d'une supervision locale, d'autres non. Certains étaient bien suivis par leur tuteur de stage (dit "interlocuteur privilégié"), mais quelques-uns se sont retrouvés avec des tuteurs en fait hostiles au programme expérimental.

Chapitre II- Approche méthodologique. Lise Demailly

La méthodologie de la recherche pour l'évaluation qualitative du programme expérimental a connu une sédimentation qui lui a donné pendant un certain temps un caractère un peu hétéroclite. Elle s'est stabilisée maintenant autour de normes sociologiques.

I- Le passage par le CPP et l'emprise du biomédical

Le programme de recherche qualitative a du passer par un CPP (comité de protection des personnes).

Une première équipe de recherche a travaillé avec le CCOMS de juillet 2011 à juillet 2012, c'est celle de Samuel Lézé, anthropologue, ENS de Lyon. Elle a participé à plusieurs réunions de COPILs ou de formation et abouti à un protocole co-rédigé avec le CCOMS, qui n'a pas obtenu l'agrément du CCP.

Samuel Lézé, avec lequel j'ai discuté, se retira alors du projet pour trois raisons :

- non rémunération de la phase de préparation
- budget insuffisant pour envisager le travail de recherche prévu
- caractère non conforme des demandes méthodologiques du CPP par rapport aux normes de la recherche anthropologique.

Ces trois raisons sont parfaitement acceptables.¹⁰

En ce qui concerne les demandes du CPP, le passage de la méthodologie anthropologique de S. Lézé à ma méthodologie sociologique a permis l'ajout d'hypothèses et de critères de validation. D'autre part, j'accepte alors certains compromis dans l'écriture du protocole, dans la mesure où, avec l'aide de Florentina Rafael, on assurera dans ce dossier le respect des formes du savoir biomédical, qui

¹⁰ J'ai accepté de prendre la relève, au pied levé, au mois de septembre 2012 et d'écrire en 12 jours, avec l'aide des chargés de mission du CCOMS qui travaillent alors tous les soirs à des heures avancées, une nouvelle méthodologie. Effectivement le temps de préparation et donc l'expertise ne sont pas rémunérés par le contrat, effectivement le budget global est insuffisant (j'accepte de m'y engager à la condition de ne pas ouvrir tout de suite la recherche site de Marseille et que des crédits supplémentaires soient trouvés et il n'est à ce jour pas encore sur que l'ensemble du travail prévu puisse être mené à bien.)

par ailleurs n'a que peu à voir avec l'épistémologie sociologique.

Il nous est en effet demandé par exemple de rédiger des grilles d'interviews *détaillées* (alors que nous n'avons pas encore mis les pieds sur le terrain), et de fixer des *critères de réussite* au programme (alors que les expérimentateurs eux-mêmes ne savent pas exactement quelle réussite ils peuvent oser espérer).

D'où une méthodologie lissée, mais abstraite.

Je ferai trois remarques, qui n'engagent que moi, à partir de ce cas, mais qui me paraissent mériter un débat dépassant le cadre de cette recherche.¹¹

1) Le CPP ne s'occupe pas en l'occurrence sur ce cas de protection des personnes, ou très peu. Par exemple, alors que pour chaque interview de MSP, nous devons recueillir un formulaire de consentement, il n'est exigé aucun consentement des membres des équipes à l'arrivée des MSP dans leur service. S'il s'inquiète des contacts entre les MSP et des sociologues a priori bienveillants, en revanche il ne s'inquiète pas de l'arrivée des MSP sur des terrains parfois peu compréhensifs, voire violents (ce qui sera l'occasion de plusieurs arrêts de travail ou rechutes).

Ce non passage par le CPP de la partie "action" de la recherche action a suscité les critiques publiques d'un des animateurs du CCOMS (qui a démissionné en cours de programme, Stéphanie Dupont)

2) Le CPP est en principe garant d'une déontologie générale de la recherche. Mais s'il tique sur ce qui était finalement une coquille dans une première version du projet, la confusion du CCOMS investigateur avec le "promoteur" (qui était bien l'EPSM Lille Métropole), il ne s'inquiète nullement de ce que le CCOMS soit "co-investigateur" de l'évaluation alors que le CCOMS est par ailleurs le porteur de projet pratique. Dans aucune démarche d'évaluation en politiques publiques pourtant, on n'admet que le porteur soit formellement aussi l'évaluateur, sauf, exceptionnellement, et dans ce cas en précisant bien les conditions de collaboration d'une démarche participative qui englobe alors en principe tous les acteurs concernés et pas seulement le porteur.

Si cette question ne pose finalement pas de problèmes, jusqu'ici, ce n'est pas grâce au CPP qui n'a demandé sur ce point aucune clarification, mais parce que le CCOMS s'est positionné clairement en facilitateur des activités de recherche.

3) Le CPP n'est visiblement pas compétent en méthodologie d'une recherche en

¹¹ Pour un élargissement cf Lise Demailly, 2013 « Le sociologue, l'évaluation et les pièges peut-être évitables. », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie* [n]8 . URL : <http://socio-logos.revues.org/2773>

sciences sociales, dont l'épistémologie n'est pas la même que celle des sciences dures. D'abord parce que la sociologie se réfère à un corpus conceptuel spécifique, ensuite parce qu'elle laisse une large part à l'induction (peu à la déduction et aucun à l'expérimentation) : une grille d'entretien est ainsi autant un produit du travail qu'un outil pour travailler, il est normal qu'une grille d'entretien de démarrage pour l'évaluation d'une innovation soit "vague", avec des "objectifs flous", dans la mesure où elle est alors semi-directive et exploratoire. Enfin l'écriture sociologique n'oblige pas à l'effacement du sujet propre à la position scientifique¹².

Finalement, on pourrait dans cette intervention grandissante des CPP dans toute recherche portant sur des questions de santé, constatée par d'autres collègues de sciences sociales, une tentative de censure de la recherche en sciences sociales en santé pour assurer l'hégémonie du mode de pensée biomédicale. Alors que pourtant la santé et la recherche en santé sont choses suffisamment sérieuses pour qu'on ne l'abandonne pas aux seuls discours bio-médical.

II- Une entrée trop tardive sur le terrain

De ce fait, notre entrée sur le terrain se fait en octobre 2012 pour la dernière semaine de formation du DU de Paris VIII.

Nous aurions du pouvoir observer la formation de son début. Nous aurions du pouvoir interviewer les MSP dès leur recrutement, et observer les discussions au CCOM aboutissant aux stratégies initiales concernant la formation et le recrutement.

La méthodologie classique¹³ pour un tel programme aurait été, concernant l'évaluation de la formation, et pour la partie de l'enquête qui porte sur les MSP (un autre volet concernant les équipes d'accueil) :

- observation du processus de recrutement.
- entretien avec les MSP dès le recrutement et avant l'année de formation pour repérer les représentations de la tâche et les motivations

¹² C'est même une conquête de la sociologie, sous l'influence de l'anthropologie, de la psychanalyse et de l'école de Chicago, de considérer l'effacement énonciatif comme un artefact et une forme de mutilation de l'étude des processus sociaux. Kerbrat-Orecchioni avait appelé « l'effet d'objectivité » la manière dont l'énonciateur agence son propre effacement énonciatif (Kerbrat-Orecchioni, Catherine. 2009 [1980]. *L'énonciation. De la subjectivité dans le langage*, 4^e édition (Paris : Armand Colin).

LeCCOMS semble lui aussi très attaché à ce que l'écriture produise un "effet d'objectivité" .

⁸ Cf par exemple Cauterman Demailly L. et alii *La formation continue de s enseignants est elle utile ?* PUF

- entretien avec les MSP à la fin de l'année de formation et de stage et explorant une première modification de représentations (en général à la fois vers plus de réalisme et plus de complexité)
- entretien un an plus tard.

Il est vraiment dommage que, pour un programme expérimental, les autorités compétentes ne prévoient pas un financement de recherche dès le début de la mise en place de l'expérimentation (c'est ici une préconisation à l'égard des décideurs politiques et administratifs).

Autres difficultés dues au démarrage tardif : nous avons récupéré petit à petit la documentation, mais les archives sont incomplètes, difficiles à réunir, avec des trous importants, par exemple concernant la procédure de sélection des candidats et la procédure de sélection des sites.

Par exemple une question importante qui se pose dans l'évaluation du programme est : y a-t-il eu des erreurs concernant les recrutements? Des « interlocuteurs privilégiés » affirment que de telles erreurs ont eu lieu, que les entretiens faits par le CCOMS auraient dû être plus approfondis etc. Et : comment les éviter? Nous devons renoncer à produire l'analyse détaillée du processus de recrutement, tel qu'il était prévu dans le protocole, avec mise en évidence des choix objectifs en matière de niveau scolaire origine sociale, sexe et pathologie des candidats retenus par rapport à l'ensemble des candidats, ainsi que les critères ayant de fait présidé au choix. Il nous manque des documents importants pour comprendre la philosophie du recrutement. Nous n'avons pas assisté aux réunions où le CCOMS a construit sa philosophie de celui-ci.

Nous ne disposons pas non plus de comptes rendus de la totalité des réunions qui se sont tenues entre août 2011 et août 2012, ni des courriers échangés entre les sites et les CCOMS. C'est un site qui nous a appris fortuitement l'existence de communiqués du CCOMS, et notamment la première note de Jean Luc Roelandt en direction des terrains, document fort important (tout en nous disant qu'ils avaient reçu d'autres mails, mais qu'ils n'avaient pas correctement archivé...), dont nous n'avons à ce jour qu'une version papier fournie par ce site.

Il est certain que le degré de systématisme de l'archivage n'est pas le même dans une logique de recherche et dans une logique d'action. Mais cela est coûteux en termes de perte d'information, le démarrage tardif ne nous ayant pas permis de donner des consignes pour l'archivage, nous obligeant ainsi à laisser tomber quelques pans de l'évaluation.

III- Problèmes déontologiques et de positionnement

Plusieurs problèmes de positionnement se posent à nous dans le cours de cette recherche.

- Nous sommes confrontés à une pression amicale de certains MSP pour que l'évaluation soit positive. Mais, si nous avons été convaincus dès le départ de l'intérêt politique du projet, et, par la suite, de la très grande qualité humaine des personnes, nous devons maintenir sur le plan scientifique la possibilité de repérer des dysfonctionnements dans le programme.

- Que nous garantissons la confidentialité, quand elle nous est demandée, est conforme à la tradition sociologique. Un problème se pose du fait que nous rencontrons une forte demande de confidentialité de la part de nos interlocuteurs, MSP ou membres des équipes soignantes, autour de nombreux micro conflits. Nous aurons donc à gérer attentivement l'équilibre entre le respect de la confidentialité et la mise en évidence des phénomènes que nous observons.

La gestion de l'anonymat pose un peu moins de problèmes, même si au sein du petit monde que met en jeu le programme expérimental, il n'est pas difficile de reconnaître l'auteur de paroles citées. Tout en fournissant quelques preuves ou illustrations de nos résultats de recherches, ce qui est indispensable, nous brouillerons les pistes au maximum et pensons que les anonymats pourront être respectés pour des lecteurs non acteurs du programme,

Nous devons maintenir la bonne distance affective, dans la bienveillance, avec des MSP qui, à l'occasion des épreuves universitaires ou des tensions sur les sites, sont parfois à la recherche de confidents, de superviseurs ou de soutiens stratégiques.

IV- L'impact de la recherche quantitative

Contrairement à l'impact de la présence des chercheurs de l'équipe recherche qualitative qui, conformément à la tradition socioanthropologique, se montrent discrets¹⁴, la recherche quantitative, de par ses procédures, semble devoir avoir un impact important sur les terrains, en modifiant, pour les besoins de recueil des données, les systèmes de travail et/ou de normes locales qui tendaient à s'installer.

Nous avons ainsi découvert que le protocole de la recherche quantitative faisait

¹⁴ Même si une recherche socioanthropologique n'est jamais sans effets : transferts, angoisses quant aux images, renforcement de la plainte...

partie de notre objet, à savoir l'étude des processus sociaux autour de l'intervention des médiateurs de santé pairs : nous avons donc introduit l'observation des retombées de la mise en place de la recherche quantitative dans notre propre protocole. La méthode de mise en place de ce protocole et ses conséquences sur les terrains seront donc étudiées.

V- La méthodologie mise en oeuvre jusqu'en mars 2013

Par rapport à la méthodologie déposée dans le dossier CPP, la méthodologie a donc ensuite été bien, améliorée, affinée et rendue plus réaliste.

D'une part, nous l'avons allégée, car nous ne pouvons pas l'appliquer entièrement, ce qu'il faudrait faire idéalement, faute d'archives ou de moyens: nous avons enlevé un ou deux *focus groups* (il n'y a pas d'argent pour les transcrire), renonçons à l'étude détaillée du recrutement. Il est probable qu'en fonction du budget disponible, les entretiens avec des membres d'équipes doivent être revus à la baisse.

D'autre part améliorée. Nous avons supprimé la pyramide de la formation, rajouté l'impact de la recherche quantitative. L'idée de faire une seule étude de cas par région n'était pas pertinente, car les sites sont très différents : les visites exploratoires doivent prendre plus d'importance et couvrir la totalité des sites. Enfin, les outils ont été systématiquement retravaillés en fonction des premiers résultats d'enquête.

Le dispositif est maintenant le suivant

1) Pour le bilan de la phase de formation (le présent rapport)

- Entretiens avec membres du CCOMS et responsables de Paris VIII sur l'histoire du projet et la formation¹⁵
- Observation de la fin de la formation à Lille et à Marseille¹⁶
- Observation de s soutenances de mémoire ; recueil et analyse des mémoires¹⁷
- Observation des réunions CCOMS, COPILs, regroupements, réunions dans les sites autour de la recherche quantitative¹⁸

15 Damien Cassan, Olivier Dembinski

16 Olivier Dembinski, Damien Cassan, Lise Demailly

17 Cyril Farnarier, Nadia Garnoussi , Damien Cassan.

18 Lise Demailly, Olivier Dembinski, Cyril Farnarier, Nadia Garnoussi , Damien Cassan.

- 28 entretiens avec les MSP (en poste ou ayant quitté le programme)¹⁹
- *Focus group* des MSP²⁰
- Entretiens avec les interlocuteurs privilégiés (en cours)²¹
- Recueil d'archives et de données (recrutement, COPILs anciens, courriers, notes aux examens, questionnaires de satisfaction de la formation)

2) Pour les rapports de Bilan de la l'insertion professionnelle des MSP sur les 3 régions (fin décembre 2013)

- Visites exploratoires de la totalité des sites (y compris ceux où il n'y a plus de MSP)
- Entretiens avec les partenaires (Fnapsy) et les autres membres du CCOMS
- Observations intensives *in situ* sur un nombre variable de sites (2 en IDF, 2 à Paca, 4 en NPDC)
- Entretiens avec 30 usagers par région
- Entretiens n° 2 des MSP en poste
- Entretiens avec des membres d'équipe
- *Focus group* des interlocuteurs privilégiés
- *Focus group* N° 2 des MSP

Les outils remaniés sont joints à la suite.

D'autres outils seront construits pour la suite de la recherche (observations intensives sur sites, interviews des usagers, interviews des membres des équipes, grille de synthèse sur les sites. Ils seront présentés dans le rapport intermédiaire suivant.

19 Cette première série d'entretiens a été réalisée par Damien Cassan, y compris pour les abandons.

20 Lise Demailly, Oliver Dembinski.

21 Lise Demailly, Olivier Dembinski, Nadia Garnoussi.

ANNEXES

Grille pour les entretiens semi-directifs sur l'histoire du projet

origine	Qui est à l'origine du projet ? Quelle personne ? En s'inspirant de quelles expériences françaises ou étrangères ? Quel bilan des expériences étrangères ?
rôle de l'interlocuteur	Quelle est votre place actuelle dans ce projet ?
Chronologie	Pouvez-vous reconstituer la chronologie de la mise en place du projet ?
Fnapsy	Rôle de la Fnapsy dans le projet ? Historique de relations avec la Fnapsy et enjeux
obstacles ?	Quels ont été les obstacles, les difficultés pour mettre en place ce programme ?
paris 8	Rôle de Paris 8 : pourquoi un Diplôme Universitaire ? Pourquoi un DU à paris VIII ?
formation	Comment ont été choisis les contenus de la formation universitaire ? Exploration des principaux contenus ; pensez-vous qu'il y a des manques ou des erreurs dans la conception de contenus ? A la reprise du programme faudrait-il modifier des choses dans les contenus de formation?
lieux de stage	Comment ont été choisis les lieux de stage, en fonction de quels critères ? Y a t-il eu des erreurs dans le choix de lieux de stage ? A la reprise du programme faudrait il modifier des choses ?
sélection	Quels ont été, de votre point de vue, les critères de sélection des candidats ? Pensez-vous qu'il y a eu des erreurs dans cette sélection ? A la reprise du programme faudrait il modifier des choses ?
problèmes pressentis dans la suite des événements	
Enjeux de la réussite du programme	Quel est le principal intérêt de ce programme pour vous? Autres intérêts de ce programme? Explorer : pour les usagers ; pour les professionnels de la même catégorie que l'interlocuteur ; pour l'économie ou la politique du soin en santé mentale ; pour l'interlocuteur lui-même, que va-t-il faire après ?

Grille d'entretien semi-directif pour les MSP

Objectif : Cerner le parcours de vie du MSP, son parcours dans la maladie et dans le rétablissement ; Discuter l'entrée dans le programme, les effets perçus de la formation, et les compétences perçues de votre (futur) rôle de MSP.

Introduction de l'entretien :

Toutes les informations que vous allez nous fournir sont à l'usage seul de l'équipe de recherche qualitative.

Votre nom et les informations pouvant servir à vous identifier seront enlevés avant toute publication des résultats.

Vous pouvez de plus demander la confidentialité de certains propos.

- Vérification : toute personne participant à l'entretien a reçu une fiche d'information
- Signature de la fiche de consentement éclairé

– Thème 1 : Parcours personnel

Question initiale	Points à aborder et relances
Pouvez-vous me parler de votre parcours personnel ?	✓ Histoire de vie ✓ Histoire de la maladie
Pouvez-vous me parler de votre parcours de soin en santé mentale, votre parcours d' « ex usager » a moins que vous ne préféreriez un autre terme ?	✓ Accès aux soins ✓ Premier contact avec un service de santé mentale ✓ Historique du parcours de soin
Selon vous, qu'est-ce que « se rétablir » ? Pouvez-vous me parler de votre propre rétablissement ? (histoire de votre rétablissement)	✓ Quel terme vous semble le plus pertinent : « se rétablir », « se stabiliser », « guéri », pourquoi ? ✓ Comment ? ✓ Avec qui et/ou grâce à quoi ? Grâce à qui ? quel(s) soignant(s) ou personnes ont été particulièrement aidantes
Quel est votre parcours depuis le rétablissement ?	

Thème 2 : Engagement dans le programme

Question initiale	Points à aborder et relances
(Pourriez-vous résumer vos expériences scolaires et professionnelles antérieures ?)	(aborder également dans les questions sociodémographiques –à l'écrit avant ou après l'entretien ; et dans l'histoire de vie)
Comment en êtes-vous venus à ce programme ?	Comment avez-vous découvert ce programme ? Par qui ? Par votre psychiatre ? Quelles étapes / réflexion ?

Quelles ont été les étapes du recrutement ?	Pouvez-vous me raconter votre candidature ? (dossier, puis entretien de sélection, puis entretien dans les établissement), comment avez-vous fait votre choix, etc.
Qu'attendiez-vous de votre participation à ce programme ? (avant d'y participer) et qu'en pensez vous aujourd'hui ?	
Comment envisagez-vous votre rôle de MSP ?	✓ Vision de la tâche future
Selon vous, quel pourrait être l'impact de votre rôle de MSP dans votre vie ? Qu'est ce que ça a déjà changé ?	

Thème 3 : Formation MSP

Question initiale	Points à aborder et relances
Quels sont les principaux enseignements que vous avez acquis lors de la formation MSP ?	✓ Sur le plan de l'enseignement ✓ Sur le pan du stage
Quels sont les savoirs et savoir-faire qui vous paraissent les plus utiles pour le rôle de MSP, au sein de la formation MSP ?	✓
Selon vous, quels sont les points positifs de la période de formation ?	✓ Pourquoi ?
Selon vous, quels sont les points négatifs de la période de formation ?	✓ Pourquoi ?
Globalement, comment jugeriez-vous la formation du DU ?	✓ Détailler l'appréciation globale

Thème 4 : Compétences

Question initiale	Points à aborder et relances
Que pensez-vous pouvoir offrir aux usagers ?	(discussion éventuelle sur les termes qui leur semble pertinents : « usagers », « patients », « personnes », « souffrants », etc.)
Que pensez-vous pouvoir apporter aux membres de l'équipe ? En quoi le fait d'avoir été malade et rétabli vous permet un apport spécifique.	
Pensez-vous que votre rôle est différent de celui des autres professionnels de santé ou du travail social ?	✓ Si oui, en quoi ? ✓ Si non, quelles sont les similitudes ?
Pouvez-vous décrire la relation qu'il est nécessaire de développer avec les usagers afin de les aider ?	

Pour vous, quels seraient les éléments déterminants de votre rôle en tant que MSP ?	
---	--

Nous avons abordé l'ensemble des thèmes de l'entretien, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Données sociodémographiques (à recueillir au cours ou à la fin de l'entretien)

Type d'établissement : Région :

Genre : Age :

Situation familiale : Revenus :

Niveau scolaire :

Formations antérieures :

Situation professionnelle antérieure :

Expériences associatives :

Parcours en santé mentale (pathologie) :

Traitement en cours :

Durée du rétablissement (selon vous) :

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour cet entretien

Grille de compte rendu d'observation des soutenances de mémoire

Soutenance de	(NOM PRENOM)
Titre du mémoire	
Directeur de mémoire	
Membres du jury et qualité	
Dans l'exposé oral: représentation de la maladie et de ses causes Résumé :	
Dans l'exposé : représentation du « rétablissement » Résumé	
Dans l'exposé représentations des soignants	
Dans l'exposé : représentation du travail de MSP Résumé	
Résumé des questions et remarques de membres du jury	
Éléments de réponse intéressants et nouveau par rapport à l'exposé oral	
Positionnement global dans la soutenance (comme un patient, comme un professionnel déjà expérimenté, comme un militant, comme un stagiaire etc.	
Note obtenue	
Autres remarques	
Récupération du mémoire ? sous quelle forme ?	

Grille d'entretien semi-directif pour les "interlocuteurs privilégiés"

I- Est ce que le mot "interlocuteur privilégié" donné par le CCOMS a un sens concret pour vous ? Est ce bien vous qui suivez vous particulièrement le MSP?

Comment? Quel est votre travail, vos missions par rapport au MSP

Depuis quand? Depuis l'arrivée du MSP ? Ou relève d'un collègue ?

II- Attentes initiales par rapport à la fonction de MSP. Qu'en pensez vous aujourd'hui ?

III- Avez vous participé à la candidature du site?

Avez vous participé au recrutement du MSP embauché ? Profil retenu, pourquoi ?

IV - En pratique, intégration du MSP (ou des deux), évolutions des taches, évolution de l'intégration. Bilan provisoire par rapport au recrutement, à la formation initiale

V-

1- Comment voyez vous la fiche de poste?

2- le MSP sera t-il évalué et comment?

3- Y-a t-il une intégration administrative du MSP dans les logiciels de gestion et autres outils du secteur ?

4- situation du MSP dans la hiérarchie de l'établissement

Chapitre III- La sélection des sites. Jérémie Soulé

Quinze sites²² pour accueillir les MSPn ont été sélectionnés sur trois régions²³ à l'issue d'un processus empirique complexe. Au final, les services retenus apparaissent très diversifiés : admission, hôpitaux de jour, CMP, équipes mobiles, SIIC (Soins Intensifs Intégrés dans la Cité), centre d'animation/bibliothèque.

Le programme est destiné à des services de psychiatrie et d'insertion sociale pour des adultes en situation de handicap psychique et qui s'inscrivent dans au moins un des trois axes : prévention, soin, réhabilitation, mais toujours liés à la santé mentale. Il fallait que l'intégration des médiateurs soit pensée sur la base d'au moins 50% d'un équivalent temps plein. En plus de ces critères, la sélection s'est opérée sur la base de la motivation et de la préparation effective des équipes à l'intégration des médiateurs.

La sélection des sites retenus pour l'expérimentation s'est faite en plusieurs étapes, courant 2011, en collaboration entre le CCOMS, les ARS des différentes régions concernées et la FNAPSY. Les ARS ont d'abord fait parvenir un appel d'offre²⁴ à chaque établissement de santé mentale de leur région. Il était ouvert tant à des services spécifiques qu'à des établissements généraux. Les dossiers reçus ont été étudiés selon divers critères²⁵ séparément par les différents acteurs, qui confrontaient ensuite leur point de vue. Ensuite, une visite des sites était prévue pour vérifier la pertinence des dossiers, compléter l'évaluation et affiner le classement. Enfin, les quinze recrutements ont été validés lors d'un comité de pilotage inter-régional. Notons que les acteurs se tenaient à disposition des services intéressés pour des compléments d'information avant une candidature formelle, ils ont ainsi organisé plusieurs réunions d'information sur le programme²⁶

22 Ce chapitre a été écrit essentiellement à partir des entretiens individuels avec les promoteurs du projet.

23 Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais, à raison de cinq sites par région.

24 Rédigé par le CCOMS, en concertation avec les ARS.

25 Cf. le tableau plus bas.

26 À notre connaissance, des réunions ont eu lieu en PACA, sur Lille (CSAPA), vers Dunkerque et à St-Venant.

Dans les dossiers, les candidats devaient renseigner des informations concernant leur établissement (responsables hiérarchiques...), l'Unité Fonctionnelle (UF) de rattachement pressentie (indicateurs sur les hospitalisations, composition du personnel...), puis leur manière d'envisager le rôle et l'intégration du MSP au sein de cette UF (mission, horaires, motivation de l'équipe...).

À notre connaissance, sept services ont postulé en NPDC, huit en IDF et dix en PACA²⁷. Certains de ces sites ont été rapidement exclus du fait de leur non adéquation au programme. Deux d'entre eux ont été jugés hors du champ de l'expérimentation, car ils concernaient des services à vocation sociale plutôt que des services sanitaires²⁸. Nous pourrions pourtant imaginer que les compétences des médiateurs seraient également utiles pour des actions de prévention en santé mentale et d'aide à l'accès aux soins dans des services sociaux. Un autre a été retiré parce qu'il prévoyait une intervention du MSP en pédopsychiatrie (NPDC), le concept de pair-aidance y semblait difficile à mettre en œuvre dans la mesure où un enfant ou un adolescent aurait plus difficilement le sentiment d'un vécu partagé avec le médiateur, qui ne serait alors peut-être pas perçu comme un pair. Un quatrième dossier a été écarté parce que le temps de travail prévu pour le MSP était trop faible (Argenteuil, deux demi journées prévues par semaine). Enfin, le site de Pierrefeu du Var²⁹ a été écarté, après la visite sur place, notamment du fait d'une localisation trop problématique (situé à plus de quatre-vingt dix kilomètres de Marseille et inaccessible par les transports en commun³⁰). Après ce premier tri des dossiers, il restait six dossiers en NPDC, sept en IDF et six en PACA. Le nombre de sites prévu par l'expérimentation étant idéalement de cinq par région, il s'agissait alors de vérifier la solidité d'au moins cinq des projets restants. Mais compte tenu des résistances attendues du monde psychiatrique à ce type d'expérimentation, en

27 Parmi ces dix services, cinq ont d'abord postulé ensemble autour d'un projet et dossier communs, mais l'un des cinq candidats a retiré sa candidature et un autre a changé son lieu de candidature. Les dossiers ont finalement été évalués individuellement.

28 L'association CASA à Avignon, qui propose un service social d'aide au logement, avec de la médiation de rue, et Bus 31/32, un CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) situé à Marseille, ce dernier n'a pas été écarté uniquement sur ce critère.

29 Deux services différents avaient initialement postulé. L'un d'eux souhaitait intégrer le MSP dans un projet, encore en construction, d'unité ambulatoire de réhabilitation psychosociale, mais n'a pas été présélectionné, sans doute à cause d'un dossier très incomplet, ne donnant aucune information sur la manière d'envisager concrètement l'intégration du médiateur notamment.

30 Il aurait fallu recruter deux médiateurs avec permis de conduire et voiture, dans un laps de temps qui semblait déjà restreint.

France, et du laps de temps relativement court³¹, on peut considérer que l'appel à projet a suscité un certain enthousiasme dans les trois régions.

Les dossiers ont été évalués sur une quinzaine de critères. Les comparaisons entre sites sur la base de ces critères s'est faite en deux temps : à partir des dossiers puis par la visite de site. Certains dossiers ont été écartés, car la conception de la fonction de médiateur n'était pas en adéquation avec le programme, par exemple lorsque le médiateur était envisagé comme un représentant d'usager.

Les visites de sites servaient notamment à vérifier la motivation, affichée sur papier, de l'équipe concernée, l'implication et la préparation effectives du service à l'arrivée des deux médiateurs. Il s'agissait également de vérifier la préparation à l'encadrement et au suivi réel du travail de médiateur, qui devait être pensé en binôme avec un des membres de l'équipe. Nous n'avons sur ces visites que peu d'information, mais ce qui semble avoir participé au jugement d'ensemble a été le nombre de personnes présentes lors de la visite, l'ambiance générale de l'équipe, la présence ou non des supérieurs hiérarchiques. Certaines équipes ont ainsi invité les chargés de mission à venir pendant leur propre réunion, afin d'impliquer un maximum de personnel soignant et même parfois des acteurs hors du service, par exemple un membre d'associations d'usagers (Cannes) dans la question de l'intégration du médiateur. D'autres sites ont, au contraire, semblaient être surtout portés par un supérieur hiérarchique enthousiaste, mais qui n'a pas suffisamment communiqué avec son équipe autour du projet, comme s'il faisait le pari que l'insertion du médiateur dans l'équipe allait suffire à prouver son efficacité et sa compétence, c'est-à-dire à lever les stigmatisations et représentations négatives encore présentes chez beaucoup de professionnels du soin en santé mentale. Pourtant, nous avons pu constater que l'insertion du MSP dans une équipe ou un environnement hostiles au projet permet difficilement au médiateur de développer ses capacités et de prouver son utilité, puisqu'il se trouve le plus souvent, dans cette situation, constamment mis en doute et même empêché dans son action.

Critères de sélection³²

- Présentation globale

³¹ La date butoir pour répondre à l'appel d'offre était initialement le 25 juin 2011, repoussée d'un mois, puis les visites de site se sont déroulés jusque septembre, au cours duquel le COPILs inter-régional a validé les quinze sites.

³² Nous reproduisons ici la grille de critère (élaborée en accord avec les ARS et la FNAPSY) du protocole initial.

- La population de référence ou l'aire d'exercice est identifiée ?
- Lieu d'exercice du MSP est-il précisé ?
- Fonction pressentie du MSP est détaillée ? (4 axes)
 - Axe 1 (accès aux soins)
 - Axe 2 (Accompagnement)
 - Axe 3 (Soutien relationnel)
 - Axe 4 (Éducation à la santé)
- Type d'accueil est-il adéquat au programme ? (3 axes)
 - Prévention
 - Soins
 - Réhabilitation
- ✓ Les motivations sont-elles explicites ?
- ✓ Attentes positives de l'équipe ?
- ✓ Identification et opérationnalité de l'encadrement
- ✓ Tableau d'indicateurs renseignés
- ✓ Appréciation générale

Chapitre IV- La sélection des médiateurs de santé pairs.

Jérémie Soulé

Vingt-neuf individus ont été recrutés pour suivre le programme et devenir médiateurs de santé pairs. Comment s'est déroulé le recrutement et sur quels critères ? Comment l'améliorer ? Pour répondre à ces questions, il aurait fallu que l'équipe de recherche puisse observer les différentes phases de sélection et ait accès à l'ensemble des archives s'y rapportant³³.

Le profil recherché était un individu rétabli d'un trouble psychique avec une expérience des services en santé mentale, qui souhaitait faire de la médiation en santé mentale. D'après nos informations, le processus de sélection s'est déroulé en cinq étapes : la diffusion de l'appel à candidature, un entretien de présélection, une VAPP, un entretien de recrutement, un entretien avec la médecine du travail.

Entre septembre et octobre 2011, les établissements sélectionnés pour l'expérimentation ont diffusé l'appel à candidature, aidé par le CCOMS, à travers la presse, les réseaux associatifs, les réseaux de santé, les GEMs, les institutions en santé mentale et Pôle Emploi. Notons que des craintes ont été formulées par la FNAPSY concernant la diffusion par Pôle Emploi de par le risque de stigmatisation des personnes postulant au programme. Leur parcours en santé mentale allait-il être inscrit dans leur dossier Pôle Emploi ?

L'entretien de présélection visait à valider l'adéquation de l'individu au programme en termes de profil de poste attendu et de capacité à suivre la formation.

33 Nous n'avons pu récupérer que 20 CVs d'individus recrutés sur 29. Mais étant donné la spécificité du processus de recrutement du programme qui s'appuie sur des critères non identifiables par le CV des individus, il nous aurait surtout fallu d'autres éléments pour compléter l'analyse. Par exemple, il semble que certains médiateurs aient rempli un "questionnaire de recrutement" qui servait à évaluer leur expérience des services de santé mentale et de rétablissement. Il aurait été souhaitable que nous ayons les lettres de motivation, les "tableaux de présélection" établis par les recruteurs, les procès verbaux des entretiens de présélection, les documents ayant servi à l'appel à candidature. Il aurait fallu également être présent lors des réunions et discussions des recruteurs entre eux. Nous avons donc écrit ce chapitre à l'aide des entretiens individuels avec les acteurs du projet qui nous ont permis de reconstituer autant que possible le processus de sélection.

Avant cet entretien, l'ensemble des candidats³⁴ a été rappelé par téléphone afin de leur rappeler le profil de poste attendu, car de nombreux candidats n'avaient, par exemple, pas connu l'expérience personnelle du trouble psychique. Le jury de présélection était composé d'au moins un représentant du CCOMS, de la FNAPSY, de l'ARS et de Paris 8. Il s'agissait essentiellement de voir si la personne avait pris du recul vis-à-vis de sa maladie (l'« insight »), était capable d'expliquer son rétablissement, était motivée face au projet professionnel proposé. Il fallait aussi que l'individu soit en adéquation avec la manière dont les acteurs du projet envisageaient le métier de MSP. Les individus ayant eu une mauvaise expérience de prise en charge psychiatrique et tenant un discours très négatif vis-à-vis des institutions de santé mentale ont été, de fait, exclus du programme, ce qui semble cohérent avec un métier visant une facilitation de la prise en charge par les services de santé mentale et qui allait s'exercer au sein même d'une institution. On peut cependant envisager l'exercice du métier MSP hors des institutions en santé mentale et même croire qu'un individu critique vis-à-vis de la prise en charge institutionnelle puisse faire un excellent pairs-aidant, c'est sans doute ici que l'on peut envisager la différence entre un pair-aidant et un médiateur de santé pair tel qu'envisagé dans ce programme, qui implique pour le MSP, en principe au même degré que de tout autre professionnel, un rapport positif à l'institution. Une tension est repérable entre, d'un côté, la nécessité d'avoir un rapport globalement positif à la prise en charge institutionnelle et, d'un autre côté, la motivation initiale des candidats à s'engager dans un programme expérimental visant explicitement la transformation de cette prise en charge.

Les entretiens duraient en moyenne moins d'une vingtaine de minutes, et l'un des chargés de mission a précisé le souhait, si l'expérience devait se renouveler, d'approfondir ces entretiens, peut-être de manière plus informelle, pour mieux évaluer l'effectivité du rétablissement de la personne et son adéquation au métier.

Pourtant, si un médiateur « rechute » pendant l'exercice de son nouveau métier, c'est peut-être moins qu'il était mal ou insuffisamment « rétabli », que la rencontre avec des conditions sociales de travail difficilement supportables, par exemple s'il fait face à une animosité ou une stigmatisation de la part des individus censés être ses nouveaux collègues. On citera le cas d'un(e) médiateur(trice) qui a quitté le programme. Son témoignage nous indiqua que, malgré l'enthousiasme du porteur de projet, l'équipe soignante était hostile à son arrivée, une pétition a même

34 À notre connaissance, plus d'une centaine de réponses ont été reçues.

circulé contre les médiateurs de santé pairs au sein de son service. Cet accueil réellement violent permet sans doute mieux de comprendre sa rechute dépressive qu'une éventuelle insuffisance de rétablissement. Ainsi, c'est peut-être moins le degré supposé de rétablissement du candidat qui compte, que la préparation effective des équipes à son arrivée qui semble primordiale à la réussite de son intégration, la poursuite de son rétablissement et le déploiement de ses compétences.

Lorsque l'individu était présélectionné, il recevait la VAPP (dans le cas où son niveau d'étude était insuffisant pour accéder directement à la formation).

Chaque MSP présélectionné devait ensuite faire trois vœux prioritaires parmi la liste des établissements sélectionnés. Un critère a été placé afin qu'aucun médiateur ne travaille dans un lieu où il fut lui-même pris en charge. Le CCOMS se chargeait ensuite de mettre en relation les candidats et les établissements afin que ces derniers procèdent à l'entretien de recrutement. Ici aussi, nous savons peu de choses sur le déroulement des entretiens et sur les critères qui ont servi aux choix des établissements. Quelle place avait le parcours objectivé par le CV des personnes et leurs expériences professionnelles antérieures ? Si le métier s'appuie bien théoriquement sur l'expérience des services en santé mentale, celle du trouble psychique et de son rétablissement, quelle place fallait-il donner aux autres compétences de l'individu pour penser son intégration au sein du service recruteur ? L'un des chargés de mission ayant participé aux entretiens de présélection a souligné, a posteriori, que le critère principal de recrutement devrait être, selon lui, « l'envie et la capacité de communiquer et se mettre en relation ».

Un problème s'est en tous les cas posé, puisque la présélection des MSP a impliqué un choix restreint d'embauche possible pour les établissements. Si bien que certains services ont été plus ou moins obligés de recruter les médiateurs qui n'étaient pas déjà embauchés ailleurs, même s'ils ne correspondaient pas nécessairement à leur premier choix de recrutement. On peut alors se demander si, dans ce cas de figure, cela n'a pas alimenté une ambiance peu propice à l'intégration réussie du médiateur.

Enfin, c'est l'aptitude à travailler, prononcée sur avis de la médecine du travail, qui devait conclure le recrutement. Les MSP ont donc dû faire valider leur aptitude à travailler par un médecin, parfois psychiatre, du travail, avant leur embauche effective. On peut s'interroger sur les risques de cette étape ultime du recrutement : puisque le médecin du travail a nécessairement connaissance du passé d'usager de la personne, qui figure dans les prérequis du métier visé, n'y a-t-il pas un risque qu'un

médecin confonde inaptitude à travailler et maladie psychique, soit involontairement par effet de stigmatisation, soit volontairement parce que ce médecin serait personnellement en désaccord avec le principe même du métier de médiateur de santé pair ?

Chapitre V- Les abandons. Damien Cassan, Olivier Dembinski

Sur les 31 MSP recrutés dans les trois régions³⁵, 10 ont donc quitté le programme au début 2013. Ces abandons sont majoritairement survenus en début de la mise en situation des MSP. Le tableau suivant présente une synthèse des raisons invoqués par les MSP pour expliquer leur souhait de ne pas poursuivre cette expérimentation³⁶.

MSP	Situation actuelle
Gladys	<p>Arrêt après quelques semaines de stage.</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflit avec un cadre de soin. • Rechute (« être dans cet hôpital, ça m’a renvoyé quelque chose de difficile ») <p>Après : « un moment sans rien faire », puis une hospitalisation début juillet (apparemment sans rapport avec les troubles psychiques)</p> <p>Situation actuelle : reprise de son ancienne activité (assistante éducatrice) avec un CDD à partir du mois d'octobre</p>
Nina	<p>Arrêt en juillet 2012.</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – « Les infirmières de l'intra se demandaient ce que je faisais là ! »

35 Dont deux dans le cadre du programme « un chez soi d'abord »

36 Afin de préserver l'anonymat nous n'avons pas indiqué les établissements et les régions.

	<ul style="list-style-type: none"> - « Je ne faisais rien, je me suis profondément ennuyée » - Départ conflictuel « on m'a menacé que si je partais je n'aurais pas le chômage, j'ai menacé de les porter aux prud'hommes » <p>Après : le programme l'a fragilisée. Elle estime également que de ne pas avoir de grosse pathologie l'a « desservie » dans l'établissement où elle était. « je n'étais pas bipolaire, schizophrène, ni grosse addiction »</p> <p>Situation actuelle : juriste (CDI)</p>
Martine	<p>Arrêt rapide après quelques mois.</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechute <p>Après : occupe un poste d'assistante de direction en juin « pour rebondir », mais rechute rapidement. Après quelques mois d'arrêt reprise d'emploi.</p> <p>Situation actuelle : occupe depuis novembre 2012 un poste administratif dans une grande association qui gère des établissements pour personnes handicapés psychiques.</p>
Fabrice	<p>Arrêt à la suite du 1^{er} CDD de 3 mois.</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiance très négative au sein de l'équipe vis-à-vis des MSP - Problème d'addiction non résolu. <p>Après : 5 mois de chômage</p> <p>Situation actuelle : coordinateur d'un GEM pendant 6 mois. Précédemment il était salarié d'un GEM et occupait des fonctions équivalentes.</p>
Thérèse	<p>Arrêt du programme en avril 2012.</p> <p>Raisons évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Désaccord avec le chef de service sur le rôle du MSP. « On

	<p>me reproche d'en faire trop, de trop parler aux patients, d'aller trop vite, « vous n'êtes pas psy », or je faisais juste mon travail. Je pensais même naïvement qu'on me convoquait pour prolonger mon contrat ! »</p> <p>✓ « Après coup, j'ai fini par comprendre qu'on attendait de nous d'être des animateurs, mais ce n'est pas pour ça qu'on m'a recrutée. Je me suis rebellée »</p> <p>Après : RSA avec activités (soutien scolaire et bénévolat dans un GEM)</p> <p>Situation actuelle : en recherche d'emploi éventuellement dans un GEM . Structure dans laquelle elle avait déjà exercé auparavant.</p>
Olivia	<p>Démission du programme en février 2013 (MSP diplômée).</p> <p>Raisons invoquées :</p> <p>✓ « J'ai découvert un cadre rigide (sur prescription, au compte-goutte), une pesanteur hiérarchique, toutes ces règles, etc. ça ne me convient pas »</p> <p>✓ « L'équipe ne voulait pas du programme ». « Je ne trouvais pas ma place »</p> <p>✓ Décalage entre les attentes et le cadre d'exercice de la fonction. « Ils veulent nous faire rentrer dans le moule, alors que moi je viens amener mon expérience, mon vécu » Et « ils n'ont pas compris que c'était une construction ... ils voulaient nous imposer quelque chose » « ils n'apprennent pas le côté humain... tout est basé sur la maladie : 'Toi t'es un bipolaire, lui c'est un schizophrène !' Ce n'est pas une personne, c'est une maladie ». Elle aurait souhaiter amener son expérience autrement (dans l'associatif, le bénévolat, dans la rue)</p> <p>Après : essaye de déconnecter du programme.</p> <p>Situation actuelle : se repose, récupère.</p>
Barbara	<p>Contrat non renouvelé après les examens et la soutenance (Novembre 2012). MSP diplômée</p> <p>Raisons invoquées :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elle ne sait pas trop si c'est son travail ou sa personne qu'on a jugé mais on lui expliquait que ça n'allait pas. ✓ Mauvaise intégration dans l'équipe. Ne trouve pas sa place. « d'un côté, on me reprochait d'être plus du côté des patients que des soignants et d'un autre on me dit de ne plus être trop en contact avec les patients, je ne savais plus où était ma place » <p>Après : chômage</p> <p>Situation actuelle : projet professionnel d'une formation en médiation sociale (spécialisée dans la langue des signes) « Le programme MSP m'a pas mal apporté »</p>
Eleonore	<p>Arrêt du programme en avril 2012.</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'intégration dans l'équipe. « On m'a demandé de rendre la clé je n'étais pas conviée aux pauses café...Quand je signalais un patient, on m'ignorait. Personne consultait les fiches qu'on faisait, ça ne servait à rien du tout » ✓ Changement de CMP sans présentation à l'équipe « on ne savait même pas que j'arrivais, on ne m'a pas présentée et on ne me donnait rien à faire » ✓ Rechute <p>Après : Très affectée par cet échec et toujours en « conflit » avec l'hôpital qui réclame des remboursements d'arrêts de travail.</p> <p>Situation actuelle : reprise d'un poste d'Assistante médicale en contrat de qualification</p>
Ludivine	<p>Arrêt du programme en octobre 2012 (avant les examens)</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'était ça ou j'y laissé ma santé. Je dormais mal, je faisais beaucoup de cauchemars, je ne mangeais presque plus... J'ai reperdu des choses que j'avais acquises sur le long terme » comme la confiance en moi. - Problème d'intégration dans l'équipe. « L'équipe ne nous faisait aucune confiance, ne voulait pas du programme. Deux fois j'ai signalé des cas 'dangereux', on ne m'a pas

	<p>écouté, les personnes ont fait des TS »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rupture de contrat difficile avec l'établissement. « Ils m'ont mis des bâtons dans les roues... réclamation de jours de congé à rembourser, lettre recommandée d'abandon de poste » <p>Après : recherche d'emploi pendant un mois et demi.</p> <p>Situation actuelle : CDD qui doit se transformer en CDI (17 années d'expérience comme comptable)</p>
Hélène	<p>Départ du programme en juillet 2012</p> <p>Raisons invoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Je n'ai pas trouvé ma place » alors qu'elle avait une bonne connaissance de l'univers soignant hospitalier. - S'est sentie très « infantilisée » par l'équipe et pas suffisamment écoutée. <p>Après : Deux mois de repos « pour souffler » « C'était un cheminement personnel » Aspire à autre chose à l'issue du programme.</p> <p>Situation actuelle : Reprise d'études et petit boulot alimentaire.</p>

Si l'on exclut les situations où l'établissement est à l'origine de la rupture du contrat, les MSP mettent en avant deux types de choix pour expliquer leur sortie du programme :

- Volontaire. Dans ce cas la sortie correspondant généralement à une réorientation dans leur trajectoire professionnelle de la personne. Leur engagement dans le programme peut- alors être vu comme une étape plus ou moins marquante durant laquelle ils ont tenté d'intégrer un univers professionnel spécifique (les établissements de santé) sans y parvenir. Pour autant, cette étape n'est pas perçue

comme un échec et ils sont au final peut-être nombreux à incriminer la formation (comme période) et le programme (dans sa philosophie). À la suite de cet abandon, ils ont tous retrouvé une situation au moins équivalente à celle qu'ils avaient avant leur entrée. Par ailleurs, si cette étape n'est peut-être pas sans incidence sur le processus de rétablissement dans lequel ils sont engagés depuis plusieurs années, elle ne l'a pas durablement affecté.

- Contraint par les modalités d'immersion dans les équipes soignantes où ils devaient réaliser leur stage pratique. Il s'agit là d'un élément récurrent chez de nombreux MSP stagiaires. Sans doute, la transition entre ancien usager de la psychiatrie et professionnel dans une équipe soignante n'a pas été assez pensée dans le cadre du programme, y compris par les MSP stagiaires eux-mêmes. Ce passage à travers le miroir est un processus commun à l'ensemble de métiers, mais il est ici aussi très spécifique aux métiers de la relation et au contexte dans lequel doit s'exercer le métier de MSP. Pour les professions de santé ce processus de socialisation est bien encadré, voire en partie formalisé, mais il est totalement à construire pour les MSP. L'intérêt qu'il portent au travail soignant, à ces modalités, à la notion de distance, d'empathie, etc. démontre que la plupart d'entre eux sont engagés dans ce processus dès lors qu'ils entrent en contact avec leurs collègues et les patients. Enfin, le principe selon lequel les stagiaires devaient être en binôme dans les établissements aurait peut-être permis de faciliter cette intégration ou pour le moins de lever les doutes, les angoisses, les incertitudes et les échecs propres à l'activité de MSP. Malheureusement ce principe n'a pas résisté aux contraintes des lieux de stage et peut-être aurons-nous à conclure que l'idée du binôme est une fausse bonne idée. Quoiqu'il en soit, une partie des MSP se sont retrouvés seuls face à leurs doutes, incertitudes, échecs sans parvenir à comprendre si ces échecs étaient liés à leur propre incompetence ou à une résistance des équipes soignantes. Pour certains, cette incompréhension a été la source d'une forme de souffrance parfois exprimée publiquement lors des COPILS.

Chapitre VI- La satisfaction des médiateurs vis-à-vis de la formation théorique (d'après les questionnaires). Jérémie Soulé

Afin d'évaluer la formation théorique mise en place pour le programme « Médiateur de santé/pairs », le premier niveau qu'il convient d'analyser³⁷ consiste en la réaction des médiateurs eux-mêmes vis-à-vis de cette formation. Ici, nous nous placerons seulement du point de vue du formé. Dans quelle mesure ces derniers ont-ils apprécié la formation théorique qu'ils ont reçue ? Quelles sont les interventions jugées le plus positivement ou le plus négativement ? Quels critères semblent avoir le plus joué dans ces évaluations ? Quelles améliorations dans la formation théorique sont-elles envisageables ? Cela ne préjuge pas d'autres analyses qui peuvent être faites en tenant compte de nos propres observations de chercheurs, ou du point de vue des équipes aguillant les MSP qui ont elles aussi fait part de leurs remarques sur la formation.

La formation théorique a été étalée sur huit semaines de cours, dans chacune des trois régions³⁸ concernées par l'expérimentation. Les trois premières semaines ont eu lieu dès l'entrée dans le programme, en janvier 2012, la suite s'étant poursuivie jusqu'à octobre 2012. À la fin de chacune de ces semaines, les médiateurs de santé/pairs étaient invités à remplir un questionnaire de satisfaction concernant chacun des cours qu'ils avaient eus, et selon divers items : l'utilité du thème étudié, l'intérêt du thème, la qualité de la méthodologie et de la communication, la disponibilité du ou des intervenants à l'interaction et enfin une note d'appréciation générale. Ils avaient également à coder leur satisfaction à propos de la logistique mise en œuvre : l'organisation des cours (confort, informations pratiques...), la qualité

37 Selon le modèle de Kirkpatrick, 1959.

38 Les cours ont eu lieu, dans le désordre, quatre semaines à Paris, deux semaines à Marseille, une semaine à Armentières et une à Lille. Rappelons qu'en total, 238 heures de cours ont été dispensées par 43 formateurs (d'après les données issues de l'intervention de Massimo Marsili au Comité de pilotage du 27 novembre 2012).

des supports didactiques, puis les repas et les pauses café. Ces questionnaires nous fournissent ainsi un matériau pour juger de la satisfaction globale des médiateurs face à la formation théorique reçue, mais aussi, plus en détail, pour chaque type d'enseignements et chacun des intervenants³⁹. Pour les mettre en perspective, nous recouperons ces données avec d'autres sources plus globale ou plus qualitative, tels que les entretiens individuels que nous avons réalisés avec les médiateurs, les focus groups ou encore l'évaluation faite par Paris 8 post-formation par questionnaire électronique⁴⁰.

I- Satisfaction globale

Appréciation générale

Tout d'abord, la moyenne, tous items confondus et pour toutes les interventions, s'établit à 76,9% de satisfaction⁴¹, ce qui signifie qu'une majorité d'individus ont jugé « très satisfaisante » la formation dans son ensemble, tant sur le contenu que la méthode. La moyenne de l'« appréciation générale » des cours se fixe à 74%, et confirme un jugement « très satisfaisant » pour la plupart des médiateurs. Cette appréciation générale est relativement stable entre les différents cours, comme nous le montre un écart-type de 13,4%. Autrement dit, la majorité des cours sont jugés « très satisfaisants »⁴², tandis qu'un nombre presque aussi important se situent dans la catégorie « satisfaisant ». On peut déjà remarquer que les différentes interventions ont donc été évaluées positivement, et ce, de manière plutôt homogène. Remarquons d'ailleurs que les notes attribuées par les médiateurs semblent

39 Les médiateurs avaient la possibilité de coder de 1 à 4 leur satisfaction pour chaque item. Pour chaque case, nous avons fait la moyenne de ces chiffres, soustrait 1, puis multiplier par 33,33 pour les transposer en pourcentage, ces derniers doivent être lus comme suit : Très satisfaisant > 75% > satisfaisant > 50% > peu satisfaisant > 25% > insatisfaisant. Précisons que les médiateurs avaient la possibilité d'ajouter des commentaires libres sur chaque questionnaire, ce qui nous fournit un matériau qualitatif supplémentaire que nous intégrerons dans l'analyse.

40 Celle-ci recoupe en partie les questions posées dans la première évaluation. Elle est cependant moins précise sur l'évaluation de chaque cours, mais elle permet de confirmer certaines données et en fournit d'autres, par exemple sur le jugement du rythme ou du suivi du stage.

41 Ici, nous avons calculé les moyennes tous cours confondus. En tout, cinquante-cinq interventions ont été évaluées. Cependant, pour la troisième semaine de formation, dite semaine « québécoise », les médiateurs ne pouvaient attribuer qu'une note unique pour chaque item. Nous l'avons comptabilisée comme 1/8 de la formation pour lui donner le poids qui lui revient.

42 Vingt-sept cours sont jugés « très satisfaisants » (dont la semaine trois comptabilisée comme un seul cours ici), contre vingt-trois « satisfaisants » et seulement cinq « peu satisfaisant », le plus faible recueillant 37% d'appréciation.

pertinentes dans la mesure où les questionnaires se ressemblent, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'un côté des questionnaires avec uniquement des réponses très critiques et de l'autre très enthousiastes. Les mêmes cours ont été jugés par tous à peu de chose près de la même manière. L'aspect théorique de la formation semble donc être une des réussites du programme, ou en tout cas, du point de vue des médiateurs. Regardons de plus près les scores obtenus pour certains items et certaines interventions, afin d'avoir une vision plus précise de la perception des qualités et défauts de la formation.

Utilité et intérêt du thème

En fait, les deux items qui recueillent le plus d'avis favorables sont ceux de « l'utilité » (80,8%) et de « l'intérêt » (79,3%) du thème abordé dans le cours⁴³. Les scores obtenus par ces deux items sont toujours très proches, il semble en effet assez difficile de dissocier l'intérêt et l'utilité d'un cours. Ces chiffres nous indiquent que les médiateurs ont trouvé, dans la grande majorité des cas, pertinent le choix des intitulés de cours qui leur était proposé.

Cependant, il convient de relativiser ces données au regard des entretiens individuels que nous avons réalisés auprès des médiateurs, car ceux-ci ont bien souvent eu du mal à énoncer les cours qui leur avait semblé vraiment utile à l'exercice de leur métier. Ils témoignent même majoritairement d'un décalage important entre les cours théoriques et leur stage, comme si ce qu'ils apprenaient était jugé nécessaire, mais peu praticable empiriquement.

Interaction

De ce que nous savons depuis l'entretien que nous avons réalisé avec Alexandre Lunel, responsable pédagogique de la formation, il a été demandé à tous les intervenants de privilégier une approche la plus interactive possible avec les individus en formation, afin de rendre plus « vivant » et plus riche les cours dispensés. Ce choix apparaît pertinent au regard d'une formation censée s'appuyer, au moins en partie, sur le vécu des individus, à la fois du trouble psychique et de l'institution psychiatrique en tant qu'utilisateur ou ex-utilisateur, ce vécu étant compris comme source de connaissances ou savoirs expérientiels. Une interactivité semble en

43 Notons que les écarts-types sont tous assez faibles, de l'ordre de 10% pour ces deux items, jusqu'à un maximum de 16% pour celui de la méthodologie que nous verrons plus bas. Ce qui semble indiquer une certaine homogénéité de la satisfaction des interventions.

effet nécessaire à plusieurs égards. Tout d'abord, afin d'homogénéiser une formation professionnalisante dont le public nous paraît, à l'entrée de la formation, très diversifié, afin qu'opère un partage des expériences individuelles et ainsi une forme de lissage par le haut. Ensuite, pour une mise en résonance des savoirs théoriques visés, jugés par ailleurs nécessaires au métier de MSP, avec ces savoirs expérimentiels supposés qui, par définition, sont pratiques, non explicités, informels, et qu'il s'agit justement de mieux formaliser, afin de les rendre opérant dans le cadre d'une pratique professionnelle. C'est par l'item « disponibilité à l'interaction » que les individus pouvaient évaluer à la fois la place laissée à la discussion, c'est-à-dire la capacité à s'éloigner d'un cours magistral et unilatéral, mais aussi, sans doute, la capacité de l'intervenant à orienter efficacement les échanges. Cet item a obtenu 76,4% d'adhésion en moyenne, soit, encore une fois, à la limite entre un avis « très satisfaisant » et « satisfaisant », ce qui semble signifier que le pari de l'interactivité a été remporté, selon l'avis des étudiants, pour une majorité des interventions⁴⁴.

On pourrait formuler certaines réserves en pensant que certains cours se prêtent peut-être mieux que d'autres au jeu de l'interactivité. Pourtant, comme nous le verrons, c'est parfois des interventions dont le but était justement une certaine interaction qui ont été évalués négativement

Qualité de la méthodologie et de la communication

Un dernier item était proposé pour l'évaluation, le critère de la « qualité de la méthodologie et de la communication », qui s'établit à 73,6% d'avis favorables, c'est le score moyen le plus faible, mais celui-ci demeure important dans l'ensemble et reste finalement très proche des autres items. C'est ici, cependant, que les différences entre les interventions sont les plus importantes, l'écart-type se situant à 16,3%. Ce qui a été jugé par cet item relève vraisemblablement de la pédagogie du formateur, c'est-à-dire de la clarté de son exposé. Peut-être est-ce simplement la différence entre ceux des formateurs qui ont l'habitude d'enseigner et les autres, sollicités en tant que professionnels ou citoyens experts sur un thème précis, qui a pu être évalué.

Résumé par module

Donnons tout de suite un aperçu général de la satisfaction par type de

44 Ici, l'écart-type de 13% indique une dispersion légèrement plus importante que dans le cas de l'utilité ou de l'intérêt du thème, mais qui reste de nouveau faible, compte tenu du nombre et de la diversité des interventions.

connaissance visé. La formation a été pensée par modules, qui correspondent peu ou prou aux différentes semaines de formation. Mais chaque semaine a eu son lot d'interventions de nature parfois très diverses. Ainsi, plutôt que de regarder les moyennes pour chaque semaine, nous avons pris en compte les cours qui semblaient correspondre à ces modules⁴⁵. En voici un tableau récapitulatif :

	Utilité	Intérêt	Méthodo	Interaction	App. Gén.
Module 1. L'organisation du système sanitaire, social et médico-social	79,3	77,4	74	76,1	72,2
Module 2. Les troubles psychiques et leurs traitements	85,8	82,1	75,6	75,7	73,9
Module 3. Pathologies somatiques et médiation	85,7	80,1	73,2	75,9	75
Module 4. Accompagnement, accès aux soins et médiation en santé mentale : expériences nationales et internationales	76,7	76,7	68,9	71,5	68,7
Module 5. Droit et responsabilités	83,5	82	78,6	80	78,9
Module 6. Méthodologie et mise en pratique. + Bilans et interventions autour du programme	75,1	75	66,7	71,1	68,1

Précisons que nous avons exclus deux interventions dans ces calculs, celles qui étaient consacrées à la projection d'un film⁴⁶ suivi d'un débat. Il est intéressant de noter que les médiateurs ont attribué une note moyenne de 88,4% pour ces deux sessions⁴⁷. Faut-il en conclure que ces films leur ont réellement appris quelque chose d'intéressant d'un point de vue formateur ? Ou est-ce les débats qui ont été particulièrement riches ? Sans pouvoir trancher, remarquons l'écart entre ce type d'intervention d'avec un cours qui serait plus typiquement scolaire ou universitaire. C'est peut-être simplement le fait de pouvoir débattre qui a tant séduit ici les médiateurs, nous rappelant l'importance qu'ils accordent à l'interactivité. Rappelons juste le risque qu'il y ait un décalage entre la satisfaction vis-à-vis d'une intervention

45 Chaque semaine avait notamment un ou plusieurs cours dévoués à l'aspect pratique de la formation, ce qui ne relève pas directement du thème des modules, nous ne les avons donc pas pris en compte dans le calcul des moyennes de ces derniers. Nous avons choisi d'inclure ces interventions spécifiques dans le module 6. Nous avons également regroupé les cours de la dernière semaine de formation dans chacun des modules qui nous paraissaient leur correspondre.

46 Il s'agissait de « Un homme d'exception » et « Il était une fois la cité des fous ». Le premier retrace l'histoire vraie de John Nash, brillant mathématicien américain diagnostiqué schizophrène, le deuxième raconte celle de Basaglia.

47 Et une « utilité » à 90,1%.

et son utilité réelle en tant que formatrice au métier de médiateur de santé/pair.

II- Satisfaction détaillée

Rappelons que sans observation directe des interventions (à part les deux dernières semaines), nous ne pouvons que spéculer sur leur contenu réel et donc sur les liens entre la satisfaction et ce contenu.

Les cours les mieux notés

Certaines interventions sortent du lot par leur qualité tant au niveau du contenu (utilité, intérêt) que de la méthodologie adoptée (communication, interaction). C'est les cas des interventions d'Alain Bottero, plutôt orientée, semble-t-il, psychopathologie et anthropologie⁴⁸, de Jeanne-Flore Rouchon sur la médiation du point de vue anthropologique (90% d'utilité).

Nous savons par les entretiens avec les MSP que la perspective anthropologique a marqué les esprits, notamment la manière de concevoir la folie ou la maladie et son traitement en Inde, par exemple (Bottero). C'est peut-être parce que le regard anthropologique résout différemment l'équation du trouble psychique et montre la prégnance culturelle dans sa définition même et en conséquence son vécu. Il faudrait peut-être songer à appuyer plus cette dimension anthropologique ou sociologique du trouble mental dans la formation, dans la mesure où elle fournit au MSP à la fois une meilleure compréhension de lui-même, une argumentation plus étayée face aux stigmatisations de toutes sortes, et finalement une plus grande confiance dans la légitimité de leur métier, puisqu'il accompagne les changements actuels des représentations liées aux troubles mentaux.

Notons également que certains médiateurs ont regretté de ne pas avoir plus de cours de psychopathologie. On peut remarquer dans le tableau ci-dessus que la semaine qui y était consacrée a d'ailleurs reçu la note moyenne d'utilité la plus haute (85,8%). Soulignons la bonne idée d'inclure, pour chaque intervention autour d'une pathologie spécifique, une personne atteinte par cette pathologie pour pouvoir

48 Il a donné trois cours : « histoire de la psychiatrie et des maladies mentales » (90% de moyenne pour les cinq items), « Les troubles psychotiques : diagnostic, pronostic, traitements et éducation thérapeutique » (90,6%) et « la dimension psycho pathologique et l'être humain. Connaissance médicale et connaissance humaine » (86,7%).

discuter de son expérience avec le formateur et la salle.

Les interventions d'Alexandre Lunel sur l'organisation du système sanitaire et social en France (89,3% d'utilité) et sur l'histoire de la responsabilité médicale (89,7%), ainsi que le cours sur la loi du 5 juillet 2011⁴⁹ (90,5% d'utilité) nous montre que les aspects juridiques sont bien perçus comme décisifs dans la formation, rien d'étonnant dans la mesure où les lois et le fonctionnement légal du système de soin impactent leur pratique. Certains MSP ont d'ailleurs indiqué des manques quant à l'explicitation des manières concrètes de fonctionner du système sanitaire⁵⁰ et hospitalier, ce qu'ils découvrent finalement dans le stage. Si un cours sur les fonctionnements « concrets » semble difficile à leur fournir, tant les pratiques sont hétérogènes, peut-être s'agirait-il plutôt de mieux les préparer à la réalité du terrain ou à inclure, par exemple, un cours de sociologie des organisations axé autour du système sanitaire ?

Les formations délivrées par Dolores Torres sur « le conseil local de santé mentale : rôle de la cité pour l'accès aux soins des personnes précaires » (89,7% de satisfaction moyenne) et « l'équipe de terrain face à la réalité: la prévention, les soins et la réhabilitation. » (92,4%) ont également remporté un franc succès. Tout comme celle de Luigi Flora et son intervention : « Le sida : accompagnement aux soins, éducation thérapeutique » (89,7% de moyenne). Plus généralement, les cours qui portaient sur l'éducation thérapeutique⁵¹ ou la réhabilitation⁵² ont été perçus comme très utiles⁵³. La philosophie du soin qui y est rapportée n'étant pas étrangère à l'expérimentation elle-même, il est rassurant de constater que les médiateurs y ont vu un réel intérêt. Et si les MSP ne doivent pas être considérés comme des « soignants » (sans doute plus pour ne pas heurter les cultures professionnelles que parce qu'ils n'apporteraient pas de « soin psychique »), rien n'interdit, bien au contraire, de

49 Intervention de Isabelle Rome, juge des libertés et de la détention, et Michel Triantafyllo, psychiatre.

50 Commentaires issus de l'évaluation par Paris 8 : « Il manque une séance d'explication concrète des règles et usages des lieux de mise en exercice de la pratique: le fonctionnement concret et organisationnel de l'institution hospitalière » et « Il serait important de bien expliquer comment fonctionne le sanitaire avec ses règles et ses protocoles ».

51 Notamment « Education thérapeutique et santé mentale » par Elisabeth Goriot (cadre) et Corinne Launay (psychiatre), jugé à 85,7% d'utilité.

52 Par exemple « Rôle de la réhabilitation psychosociale en France » de Gilles Vidon (Psychiatre), qui recueille un jugement d'utilité à 88,5%.

53 L'un des commentaires sur un questionnaire insistait là-dessus : « Des notions telle que la place de l'éducation thérapeutique, dans le processus de rétablissement, la réflexion sur la pertinence des diagnostics en fonction de la perception des comportements dits symptomatiques et la place de l' "humain" en milieu psychiatrique étaient passionnantes et j'ai l'espoir qu'elles se vulgariseront en évoluant. »

poursuivre la formation dans cette voie, c'est-à-dire d'y aborder des questions centrales comme la relation patient/médecin, celle de la place du sujet, de la citoyenneté des usagers...

Enfin, la semaine de formation québécoise a reçu une moyenne d'appréciation générale élevée, à 85,9%, mais plusieurs médiateurs nous ont témoigné une frustration à la suite de cette semaine qui était placée dès le début de la formation. L'enthousiasme partagé par les formateurs et les exercices de mise en situation pratique (jeux de rôle...) ont en effet été fortement contrecarrés par la réalité du stage et les rigidités auxquelles étaient confrontés les MSP sur le terrain. Beaucoup nous ont dit avoir eu le sentiment d'être « empêché » dans leur action et leurs idées d'intervention, quand bien même ces idées étaient directement issues de ce qu'on leur avait appris ou proposé pendant la formation, notamment les savoirs-faire issus de l'expérience québécoise de pair-aidance. Est-ce la transférabilité du modèle québécois en France qui est impossible à cause de fonctionnement institutionnels différents ? Ou est-ce plutôt lié aux cultures professionnelles ? Faut-il chercher à transférer des modèles étrangers, même de réussite, chez nous ? Si le transfert est impossible ou difficile, quelles qu'en soient les raisons, quel est le rôle de ces interventions dans la formation ? Comment adapter les compétences étrangères de pair-aidance dans le contexte français ?

Erreurs de casting et difficultés

Peu de cours sortent du lot négativement. Claude Finkelstein, dont la première intervention devait tourner autour d'une « animation de groupe », a reçu une moyenne d'appréciation générale à 46,2%, soit « peu satisfaisante »⁵⁴. Il est apparu au cours des entretiens que c'est le ton de l'intervenante, plus que le contenu initialement proposé, qui a été jugé négativement, la mise en évidence des conflits ayant été considérée comme n'ayant pas leur place au sein d'une formation. Du coup, sa deuxième intervention, sur les GEM et le rôle des associations d'usagers, a elle aussi été sanctionnée (45,1% d'appréciation générale), pourtant son utilité évaluée à 78,4% montre clairement que le thème a suscité un intérêt.

Le cours autour des addictions a également posé problème et suscité des débats et réactions lors des entretiens. L'invité, en tant qu'utilisateur, était un associatif d'ASUD

54 Certains MSP n'ont pas hésité à lui attribuer une note de -1 sur certains questionnaires. Nous les avons néanmoins comptabilisés comme 1 « insatisfaisant ». Notons que certains MSP n'ont pas été aussi choqués, si bien que cette moyenne comporte beaucoup de 1 et de 3, de divergences de jugement sur ce qui est acceptable ou pas.

(Auto-Support des Usagers de Drogues). Cette association, à notre connaissance, a un discours en décalage avec le sens commun concernant les addictions et leur traitement. Elle soutient en effet un usage responsable, raisonnable et éclairé des drogues, une stratégie d'action par la réduction des risques et des dommages⁵⁵ plutôt qu'une abstinence. Elle lutte en définitive contre une image de l'usager de drogue comme de quelqu'un de « déviant » qu'il faudrait « guérir ». Certains MSP ayant connu un problème d'addiction et soutenant que seule l'abstinence est la voie du salut psychique, on peut comprendre la contradiction et les débats animés qui nous ont été rapportés. Il serait cependant intéressant de creuser la question et nous aurions aimé assister à ce débat. En effet, la posture de cette association se rapproche largement d'une philosophie par ailleurs utilisée par le mouvement de psychiatrie citoyenne et communautaire, celle d'un usager responsable de ses choix et de sa vie, mais à qui la communauté doit fournir des informations et des supports d'orientation pertinents pour l'y aider, sans qu'une morale sur ce qui est bien ou mal de faire ne guide les pratiques.

Quelques autres interventions ont reçu peu d'enthousiasme. L'une des deux demies journées sur l'expérience marseillaise (semaine 6) n'a recueilli que 54% d'appréciation générale, là où son homologue recueille 68,3%. Un commentaire sur l'un des questionnaires peut nous éclairer sur cette étrange disparité : « Une demi-journée aurait suffi ». Autant dire que l'expérience marseillaise, qui présentait l'intérêt d'être française, ne semble pas aussi captivante ou consistante que celle québécoise (qui a recueilli, rappelons-le, une appréciation générale de 85,9% pour une semaine entière). D'ailleurs, une deuxième séance avait lieu sur l'expérience marseillaise de pair-aidance en semaine 8, qui a elle aussi recueilli une évaluation plutôt négative de 58,3%, négative en tout cas en comparaison avec les autres cours, puisque ces 58,3% restent en moyenne une évaluation « satisfaisante ».

Enfin, c'est pratiquement toutes les interventions émanant des membres du CCOMS qui ont été jugées assez en dessous de la moyenne. Pourtant, leurs interventions étaient diversifiées (données de cadrage et d'évaluation du programme, recherche en santé mentale communautaire ou conseil local de santé mentale par exemple⁵⁶), et il est difficile de savoir ce qui a, au final, été sanctionné ici.

55 Souvent présenté sous son acronyme RDR

56 Semaine 1, Le Cardinal, Vasseur Bacle, Vinet (56,4% d'appréciation générale), en semaine 5 « Recherche évaluative du programme MSP. Bilan d'étape » par François et Marsili (66,7%), semaine 7 « Prévention et promotion de la santé mentale. Recherche en santé mentale communautaire » avec Vasseur Bacle et Créatin (47,1%), « l'atelier santé ville et Conseils

Certaines interventions étaient aussi vouées aux retours d'expérience et au bilan d'intégration. En semaine 6 (juillet), Guillaume François et Alexandre Lunel ont animé une séance sur ce thème, qui a recueilli 42,9% d'appréciation générale, donc insatisfaisante. Pourtant, la même intervention en mars (semaine 4) avait recueilli une appréciation générale de 73,7%, et celle en septembre 66,7%, mais pour une utilité jugée à 80,9%. Ici, c'est sans doute moins la qualité des interventions que les problèmes insolubles sur les lieux de stage qui ressortent de ces chiffres. D'ailleurs, certains médiateurs n'ont pas hésité à souligné cet aspect, parmi eux un commentaire issu des questionnaires : « La non prise en compte, ou au moins cette impression forte, des problèmes des stagiaires par le CCOMS, nuit gravement à la qualité des semaines de formation :

- rendant les moments de discussions autour du mémoire ou de la pratique professionnelle impossible et les transformant en opposition avec les chargés de mission, obligés de se justifier.
- ne permettant pas aux stagiaires d'être disponible et réceptif à la formation.

Si à cela vous ajoutez les soucis voire problèmes logistiques de beaucoup, la disponibilité intellectuelle et l'absence de préoccupations fortes nécessaires à toute action de formation ne peuvent être réunies. »

L'un des chargés de mission nous confia a posteriori que ce score de 42,9% était sans doute dû également au manque de temps durant la demi-journée d'intervention, puisque seuls trois situations de stage seulement ont pu être évoquée.

Chronologie

Plusieurs médiateurs ont fait état d'un problème chronologique dans la formation. Les cours de la dernière semaine sur le stress au travail et la communication (« communiquer sans stigmatiser ») auraient été mieux vus dès le début de la formation. À l'inverse, si le but de la formation québécoise n'est pas de l'adapter tel quel en France, il faudrait songer à la placer plus tard dans la formation, au moins pour éviter des désillusions.

Logistique

Nous reproduisons ici le tableau récapitulatif des évaluations vis-à-vis de la logistique. Il indique des inégalités en termes d'organisation suivant les lieux de

locaux de santé mentale » avec Guezennec (51%) ou encore, semaine 8, « Introduction à la dernière semaine de formation. Présentation de la recherche évaluative » par Rafael (62,7%).

formation, mais il semble que ces chiffres soient peu exploitables, puisque, par exemple, les deux semaines à Marseille ont eu des évaluations très différentes et pourtant les conditions logistiques semblent avoir été les mêmes :

	Organisation	Supports	Repas/café	Moyenne
Paris Ste-Anne	69,3	70,7	68	69,3
Paris 8	63,7	69,7	50,7	61,4
Armentières	74,4	82	59	71,8
Paris 8	60	68,9	66,7	65,2
Marseille	58,8	56,9	23,1	46,3
Paris Ste-Anne	87,9	78,8	93,9	86,9
Faches	33,3	64,3	21,3	39,7
Marseille	83,3	73,7	69	75,3

Conclusion

C'est souvent le manque d'interaction qui a été sanctionné et qui baisse l'appréciation générale d'une intervention dans les réponses aux questionnaires d'insatisfaction. Ce qui semble logique dans une formation où le savoir expérientiel des individus est mis en avant, l'échange des savoirs informels et le partage d'expériences individuelles devraient sans doute toujours avoir une place. Autrement dit, l'espace de discussion aurait peut-être pu être mieux aménagé dans certaines interventions, sans doute trop « scolaire » aux yeux des médiateurs, en ce qu'il privilégiait l'interaction formateur/ stagiaires au détriment de l'interaction entre stagiaires. La difficulté peut résider dans la contradiction entre certains savoirs formels, jugés nécessaires par les formateurs au métier de médiateur en santé mentale, et la mise en résonance (attendue ?) vis-à-vis des expériences personnelles des individus en formation.

Il faut s'interroger sur comment rendre plus crédible, légitime, la formation dispensée pour que soient mieux acceptés et intégrés les médiateurs dans les sites de stage. Il a souvent été fait état d'une critique, provenant du monde sanitaire, par rapport à la pertinence de leur présence sous prétexte qu'ils n'avaient que huit semaines de formation, là où les métiers traditionnels en santé mentale exigent plusieurs années. Comment mieux concilier une formation ouverte à ce public

spécifique et garantir une formation qualifiante ? Quelle reconnaissance institutionnelle pour les médiateurs et quelle place le diplôme occupe-t-il dans cette reconnaissance ?

Peut-être faudrait-il réfléchir à inclure les équipes accueillant les MSP dans leur lieux de stage sur certains modules ou thèmes. Certains MSP ont en tout cas émis le souhait que leur collègue puisse bénéficier de cours : « J'ai trouvé l'intervention de Mrs Torres et Gaunet-Escarras très intéressante pour nous, mais aussi pour les équipes qui nous accueillent. Serait-il possible de leur transmettre ("avec diplomatie") l'expérience qui a été faite ? Quant à la place des médiateurs, leurs rôles... Certains cours comme "la stigmatisation", "l'éducation thérapeutique", "la communication" seraient utiles aux équipes où nous intervenons. ».

Des cours ou des exercices pratiques sur la communication seraient aussi à envisager de manière plus intense pour les MSP eux-mêmes.

Chapitre VII - La formation théorique (d'après quelques entretiens avec les MSP). Damien Cassan

I- Les éléments d'appréciation positive

Fierté d'appartenance au groupe de MSP

Un premier élément important de satisfaction n'est pas directement lié au programme de formation stricto sensu, mais concerne la cohésion du groupe de MSP (extrait 2), le sentiment et la fierté d'appartenance, et la « richesse » que constituent la rencontre et les interactions entre MSP. Certains se sont montrés « impressionnés » par leurs pairs MSP. Dans le second extrait d'entretien, il est aussi question de l'homogénéité de la compétence professionnelle en sortie de formation, en dépit de niveaux (scolaires) de départ très éloignés.

« On était trente, (...) faut voir qui c'est mes collègues quoi! Ils sont énormes, tous dans leur domaine, mais tous, quand je vois ce que eux ont traversé et les professionnels que j'ai en face de moi aujourd'hui, et leur niveau de rétablissement, même s'il a l'air imparfait. Ils sont... pfff... c'est ça la richesse! » (MSP Bernard)

« On a un résultat de formation qui est de l'ordre de la pépite d'or, je ne sais pas s'ils (le CCOMS) se rendent compte de cette pépite d'or. (...) On a des niveaux de départ... un éclatement total des niveaux de départ, et quand on voit l'homogénéité de la compétence professionnelle à la sortie, ça c'est fantastique, et ça (...) qu'on soit clair, c'est grâce à l'autosupport, ce que j'ai vu naître, c'est de l'autosupport » (MSP Bernard)

Les connaissances en psychopathologie

Beaucoup de MSP ont souligné avoir significativement amélioré leurs connaissances en psychopathologie au cours de la formation du diplôme universitaire (DU). C'est précisément le cas pour les pathologies dont ils ou elles n'ont pas souffert. Une personne ayant souffert de dépression ne connaît pas forcément grand chose de la schizophrénie ou de la bipolarité, et vice et versa. Dans

le dernier extrait, il est aussi question de l'intérêt concret de ces connaissances pour le suivi des patients dans le travail quotidien des MSP dans les services de soin.

« Ben écoute, j'ai appris des choses sur les maladies évidemment, sur les traitements (...) beaucoup de choses sur la maladie, essentiellement.

(...) Ben j'ai... j'ai appris des choses sur la schizophrénie, sur les groupes des entendeurs de voix. (...) Pour savoir quand on a à faire à une personne et qu'on connaît juste le nom de sa maladie, qu'on puisse au moins se faire une image de ce que ça signifie en termes de symptômes et de modes de vie, par rapport à ce que la personne – ce dont la personne elle souffre

(...) Quand on me donne un rdv, je veux quand même avoir une idée de ce dont la personne souffre. Et justement, par rapport à la formation, savoir ce que ça représente en termes de vie quotidienne. Tu vois, bon ben, c'est quoi la vie d'un schizophrène ? Je sais bien que la vie de tous les schizophrènes est différente, mais ils ont ça en commun, quels sont les symptômes de la schizophrénie ? Comment ça se vit au quotidien ? Parce qu'il faut quand même pouvoir conseiller à bon escient, faut pas dire n'importe quoi » (MSP Dorothee)

Des cours bien appréciés

Parmi les cours appréciés cités par les MSP figure en tête de liste les interventions de Botero en ethno psychiatrie. Son cours sur la psychiatrie en Inde, dans un contexte culturel très différent, a fasciné beaucoup de MSP.

« (réfléchissant aux cours qui lui ont plu) Ah si avec Alain Bottero, comment ça fonctionnait en Inde, j'étais fasciné (...) Il a présenté en gros... bon il nous a montré des photos de l'Inde rurale et tout, pour nous planter le contexte. La folie dans l'Inde rurale et comment elle était traitée. Comment on la gérait en fait. Par des cures, par des jeûnes, par des cures de plantes, des décoctions... Un fou en Inde n'est pas un fou en France non plus quoi » (MSP Quillian)

De manière peut-être peu moins unanime, certains cours ont également reçu une appréciation globale positive. On peut citer les sessions consacrées à la réhabilitation psychosociale à Marseille qui collent bien à l'esprit général du programme, ne percevant pas le traitement médicamenteux comme seule solution, mais accordant une part importante à l'accompagnement (extrait 1, dans lequel on sent un sentiment assez partagé chez les MSP de « réticence » face au recours excessif à la médication),

« (à la question « Qu'avez-vous trouvé le plus intéressant et utile dans la formation théorique ? ») ben un regard nouveau puis justement participer à une réhabilitation psychosociale... plus rapide ! Ben toute façon c'est pour ça qu'il y a des pairs aidants sur le programme hein. C'est tout il y a des restrictions

budgétaires hein, parce que ben les psychiatres enfin ceux de l'ancienne génération... se rendent quand même compte malgré tout que ben il y a des traitements chimiques, il y a ceci il y a cela et puis on arrive à rien ! Alors que bon il y a des psychiatres qui misent pas mal de choses sur la psychothérapie et tout ça, et qui savent l'intérêt et l'importance de la verbalisation pour faire prendre conscience à l'utilisateur, et on en arrive dans cette nouvelle phase et c'est super. Et c'est pour ça que j'ai beaucoup aimé ces semaines à Marseille, parce que les semaines à Marseille elles étaient basées là-dessus sur la réhabilitation psychosociale ! Que ce soit le programme MARS ou les hôpitaux de Marseille euh voilà ! Ils font des choses sensationnelles ! C'est sensationnel ce qu'ils font. Ils ont tout compris, ouais ils ont tout compris »(MSP Quillian)

Enfin, les aspects juridicohistoriques de la formation ont aussi plu pour leur apport en termes de culture générale ou parce que quelques MPS ont une formation juridique, « j'ai bien aimé la partie juridique, ça j'ai trouvé ça très intéressant ».

Un format bien adapté : l'interactivité des cours

Le choix assumé (et recherché) d'une grande interactivité formateurs / formés a reçu un accueil favorable auprès d'un public de MSP très diversifié, avec des expériences de vie riches, et un profil moyen peu « universitaire ». L'observation de deux semaines de formation nous a confirmé les éléments recueillis dans les entretiens, les MSP n'hésitaient pas à intervenir au cours de la présentation des intervenants, ou même certains d'entre eux venant sans préparation pour laissant toute la place à l'échange avec les MSP.

« Là où c'est génial, c'est que l'animation du groupe ça s'est fait comme ça, avec chacun des intervenants quasiment. C'est là où ils avaient du mal à suivre leur powerpoint quand je te disais que c'était ultra... interventionniste et interactif, mais parce que c'est ça qui se passait. Et ça c'est fondamental » (MSP Bernard)

Ce format de cours a aussi parfois été cité comme un « inconvénient » en ce sens qu'en laissant à ce point la libre parole, l'échange a parfois dévié du thème du cours vers les préoccupations des MSP (qui concernait principalement des considérations organisationnelles et logistiques), laissant parfois la voie à des « règlements de compte » entre les uns et les autres, ou plus généralement à ceux qui aimaient monopoliser la parole au détriment des plus discrets.

Le cas controversé de la formation délivrée par les québécoises

Le moins que l'on puisse dire, c'est que cette formation assurée par les québécoises n'a laissé personne indifférent. L'originalité de cette formation tenait

dans les mises en situation proposées, les jeux de rôle, et s'appuyaient sur une expérience plus longue de la pair-aidance en santé mentale au Québec. Certains commentaires de MSP sont dithyrambiques « *j'ai adoré !! 2 filles formidables, on était en phase complète !*

Elles nous ont mis sur le chemin concrètement ! ».

D'autres au contraire ne se sont pas du tout sentis en phase avec cette approche qui sollicite beaucoup les participants (donc les MSP) pour des jeux de rôle, et ressemble plus à un « show » qu'à un cours.

« Ce que disaient les... les canadiennes, bon, hormis l'accent qui était un peu compliqué, heu... moi je connaissais – enfin, je connaissais un peu ce profil, j'ai trouvé que c'était plus un show qu'un cours, donc en fait, j'ai pas assisté quoi, je... et pis c'était intégralement le contenu du bouquin donc, voilà. Et il y avait beaucoup de... de jeux de rôles, donc c'était pesant ça. Euh... j'étais pas la seule d'ailleurs à pas avoir bien accepté ça, voilà en gros »(MSP Gladys)

Enfin la controverse réside surtout dans l'impossibilité de mettre en pratique sur le terrain les apprentissages acquis de ces mises en pratique.

« Ce qui m'a paru, ah c'est paradoxal hein, ce qui m'a paru le plus utile, mais qui ne sert pas du tout en réalité, c'est la semaine de formation québécoise, qui était vraiment intéressante, mais finalement, pas du tout applicable ici, puisque c'est pas du tout les mêmes méthodes, c'est même pas envisageable. Donc ça, c'est d'un point de vue purement personnel »(MSP Dorothee)

II- Les critiques à l'égard de la formation théorique

Vous avez dit « médiateur » ?

Si la plupart des MSP déclarent avoir appris des choses lors de cette formation (voir partie précédente), paradoxalement ils n'ont pas le sentiment d'avoir appris à être « médiateur », contrairement à l'intitulé de ce programme de formation. Le second extrait, plus sévère, émane d'un MSP d'un bon niveau universitaire ayant quitté le programme relativement tôt.

« Ben écoute, j'ai appris des choses sur les maladies évidemment, j'ai appris des choses sur la schizophrénie, sur les groupes des entendeurs de voix, sur les traitements, les addictions, euh... pas trop finalement sur la médiation. Beaucoup de choses sur la maladie, essentiellement »/.../« Non ben moi, tu vois, je suis presque sans mot, à part la connaissance des maladies, je trouve que concernant le travail de médiateur, on n'a rien appris du tout. [rire] Je suis claire ! » (MSP Dorothee)

La formation au savoir-être, l'analyse des pratiques

On touche peut-être ici à la critique principale de fond de ce programme de formation expérimentale. Des MSP estiment qu'ils n'ont pas du tout été formés aux savoirs-être, en dehors peut-être de la parenthèse québécoise, déconnectée de la situation française et qui n'a pas eu de suivi. Le « métier » de MSP est vu ici sous le prisme du savoir-être. Savoir-être qui s'acquiert par touches successives dans un effort prolongé, et qui opère un va-et-vient entre pratique, essais, et réflexivité (retour sur la pratique, auto-analyse) qui permet une progression.

« C'est du savoir-être, notre métier. Donc former au savoir-être, c'est tester, essayer, voir, revenir, analyser la pratique, revenir, ré-essayer, améliorer. Ce qu'on a très peu pu faire, sauf pendant la semaine avec les canadiennes qui nous ont initiés, et puis derrière, il n'y a pas eu de suivi. (...) le plus important, pour moi, c'est justement cet accompagnement dans l'apprentissage du savoir-être. Je le teste en jeu pour voir comment naturellement moi je réagis. Puis à partir de là, je commence à pouvoir travailler sur moi. Prendre conscience d'un certain nombre de choses, d'abord dans le jeu, dans la simulation et puis après je vais commencer à le faire une première fois en réel et puis après analyse de pratique et ainsi de suite pour pouvoir être amené à l'autonomie dans mon accompagnement. Je pourrai être autonome dans ma capacité d'accompagnement parce que j'aurai développé un savoir-être d'accompagnement et pour ça, on m'aura accompagné à le développer, et le savoir d'accompagnement c'est se connaître. On nous a pas permis de faire ça » (MSP Bernard)

La déconnexion entre ce que serait la pratique de MSP sur le terrain et la formation théorique proposée dans le cadre du DU prend tout son sens dans l'extrait d'entretien ci-dessous, à savoir qu'on peut imaginer avoir d'excellents résultats au DU (donc mémoire écrit, soutenance, et examen final écrit) tout en n'ayant pas nécessairement un savoir-être performant dans la pratique du métier, dans la relation d'aide avec le patient.

« Et ça ça me frustre dans ce diplôme ! À aucun moment on a été évalué sur notre savoir être ! Tu sais on peut avoir je sais pas combien à son diplôme hein ! Pour moi c'est pas le plus important. Parce que c'est dans la pratique qu'on va voir ta valeur. La pratique et surtout comment tu vas pouvoir aider l'autre, comment tu vas pouvoir être sensible à sa souffrance, comment tu vas pouvoir te remettre en question si il se passe telle ou telle chose, c'est ça qui est important ! aider l'autre c'est ça » (MSP Delphine)

Ce troisième et dernier extrait sur ce thème pose entre les lignes la question centrale du recrutement des MSP, et a le mérite d'aborder cette intéressante assertion:

la pair-aidance c'est un savoir-être qu'on aurait en soi, la capacité et la volonté à aider et écouter l'autre, « on l'a ou on ne l'a pas ! ». De ce fait, on pose également la question de l'importance et de la pertinence de la formation théorique.

« La formation elle est importante par rapport à la connaissance de la pathologie mentale, mais si tu n'as pas le savoir-faire, le savoir être en toi, je ne vois pas comment on peut être pair aidant. La pair-aidance elle commence là. La pair-aidance elle commencera ni avec un diplôme ni avec des années d'expérience de personnes qui n'ont pas la volonté d'aider et d'écouter l'autre. Elle est là la pair-aidance, tu l'as ou tu l'as pas » (MSP Delphine)

Les considérations logistiques et organisationnelles.

Les semaines de formation théoriques ont souvent été « polluées » par quelques considérations logistiques et organisationnelles : que ce soit l'avance des frais (pour des déplacements parfois lointains et coûteux, sachant que des MSP étaient dans des situations assez précaires), le choix des hébergements (éloignement du site de formation, hôtel peu accessible par les transports en commun, etc.), au point que certains ont fini par se débrouiller sans prendre les options qui étaient par la suite organisées par le CCOMS. Au cours de nos observations de terrain des semaines de formation, on a constaté que la dernière demi-journée souvent consacrée aux questions-réponses (a priori sur leurs expériences de travail sur le terrain par exemple) était en fait largement dominée par ces considérations d'organisation et de logistique.

L'extrait ci-dessous donne à voir l'impact négatif que peuvent avoir les éléments organisationnels d'un programme qui représente quelque chose de très nouveau pour un public parfois encore fragile.

« Je le dis parce que je l'ai sur le cœur, je trouve qu'on ne nous a pas ménagés. On nous a choisis parce qu'on était des malades, certes des malades rétablis, mais on n'en demeure pas moins des personnes qui ont été malades ou qui le sont toujours et par exemple, la première semaine de formation où personne ne connaissait personne, on nous a mis dans des chambres en commun, c'était... (...) je trouve que c'était irrespectueux. Je pense qu'on n'a pas tellement tenu compte de notre sensibilité. (...) Ah moi, je l'ai très mal vécu hein, justement je souffre de troubles anxieux invalidants, me retrouver... déjà parmi du monde, c'était déjà une source de stress pour moi qui ne sortais pas de chez moi, et après devoir partager ma chambre avec une inconnue, c'est... (...). Parce que c'était une immense source de stress, le train... faire la connaissance de tout un groupe d'inconnus, je te dis, me retrouver dans un... espace exigu avec une personne que je connaissais pas et de devoir faire... et de devoir dormir à côté, c'est... je trouve ça complètement

aberrant, mais alors vraiment hein ! »(MSP Dorothee)

Quelques ratés

Les aspects organisationnels ont malheureusement parfois impacté le déroulement voire le contenu de la formation elle-même. Certaines semaines de formation ont été jugées « vides », des intervenants qui ne sont pas venus, et parfois des cas plus surprenants comme cette intervenante qui profite de la tribune qui lui est offerte pour « régler ses comptes » avec le programme, ou encore cette MSP qui remplace un intervenant au pied levé !

Ces éléments d'appréciation négatifs ont pu impacter l'assiduité des MSP aux séances de formation. Le lecteur peut se référer à l'annexe de Jérémie Soulez sur les réponses aux questionnaires d'évaluation, comprenant le taux d'absentéisme aux sessions de formation. D'ailleurs, il convient de rester prudent sur ce dernier point au vu de l'extrait d'entretien ci-dessous (décalage pointage / présence effective).

Notons qu'il est difficile ici d'établir le lien de causalité évoqué dans le paragraphe précédant , l'absentéisme des MSP peut très bien s'expliquer par un manque d'intérêt pour la formation théorique d'une manière générale ou en lien avec d'autres considérations critiques sur la formation théorique).

« Je te dis on a eu des semaines pfff... c'était un peu du tout et n'importe quoi hein ! Les premières semaines de passées y'a des gens qui sont venus ils ont pointé et puis ils sont partis faire un tour en bateau hein ! Je ne vais pas avoir la méchanceté de citer les noms » (MSP Delphine)

Incertitude de la fonction, et incertitude sur l'avenir

Nous avons souligné précédemment le fait que la formation avait été « polluée » par des problèmes d'ordre logistique et organisationnel. Elle l'a également été par l'incertitude, les questions et les doutes sur la place des MSP (dans les équipes), leur rôle, leur fonction, ainsi que l'avenir du programme, sa pérennité, etc. Tout cela représentait une grande source de préoccupation et de stress ; ces thèmes se sont régulièrement invités au cours des sessions de formation, dès qu'un espace d'expression était laissé (voir dernière phrase de l'extrait).

« Euh... ben la – une question qui... qui agite tout le monde, enfin moi, je pense être vraiment à l'aise dans mon service, bien... ménagé et tout ça, ça se passe quoi, mais le retour que j'en ai c'est que ça se passe vraiment pas aussi confortablement partout. Du coup euh... du coup ben... moi dans mon service, se pose déjà la

question de ma place, et de la place du médiateur futur s'il y en aura d'autres et tout etc. Et les autres se posent énormément la question de leur place quoi. Ça les... ça les occupe euh... on dirait à peu près tout le temps quand même, quand ils pensent à ça, quand ils ont l'occasion de penser à ça, parce qu'il y en a qui ont une famille (...)

(relance sur la « place des MSP ») c'est-à-dire leur place actuelle et leur place future, ouais, aussi. Ouais, ça fait partie des questions de la place : la pérennité, le rôle, la fonction... la légitimité, plaplapli plaplapla. Mais c'est – je dirai – un peu normal tout ça de toute façon. Mais j'ai trouvé que c'était décalé, c'est arrivé à un moment où... ça parce qu'il y avait de l'espace pour en parler et que voilà, ça s'est exprimé (au cours des sessions de formation théorique) »(MSP Quillian)

La valeur du diplôme

Il est intéressant de noter que la valeur du diplôme est questionnée à la fois par les MSP ayant un bagage universitaire précédant l'entrée dans le programme (plusieurs ont un diplôme de Master), qui trouve la formation très « légère » (extrait 1), mais aussi par les MSP qui n'ont pas fait d'études supérieures (extrait 2) qui ont bien senti l'aspect « école des fans » : à la fin tout le monde a gagné ! Et qui du coup ne sont pas particulièrement fiers de leur diplôme (tout en soulignant l'impact positif sur les proches).

(Que changerais-tu au programme si jamais le programme devait être reconduit ?)

« Ben... ouais, la formation, ben pour moi du coup je l'ai trouvé... enfin pfff... moi je me suis clairement fait chier [rire], forcément, en plus j'ai trouvé que c'était trop léger, enfin j'avais mon parcours derrière donc en soi moi j'ai trouvé ça super léger, après... »

« Oh la la la la, pour moi c'est un diplôme de pacotille, c'est pas un diplôme, non ! Les dés sont pipés d'avance, tout le monde devait avoir son diplôme ! Non non ! C'est pour ça que je ne suis pas contente de mon diplôme, non! (...) En revanche je suis contente de l'impact que ça a sur les proches, là je suis contente ! Ah ouais parce que quand tu vois tes enfants ! Quand tu vois ton conjoint ! Quand tu vois tes amis, quand tu vois tes collègues euh tu les vois ! euh... écarquillés leurs yeux tu dis ah merde, ah ouais !? (...) Là je me dis ouais bien sûr si tu savais ce qui est derrière le titre (rire) voilà quoi !" (MSP Delphine)

Chapitre VIII- L'année de stage dans la parole des MSP.

Damien Cassan

Une originalité du programme réside dans la quasi déconnexion entre la gestion de la formation théorique, qui relève de l'université Paris VIII, et celle des stages, domaine du CCOMS. Ce décalage n'est pas sans créer quelques incompréhensions et problèmes au départ, parfois entre le CCOMS et Paris VIII, ou entre le CCOMS d'une part, et Paris VIII/MSP d'autre part⁵⁷. En tout cas, cela a donné un aspect spécifique au fonctionnement de la formation :

« Il (le responsable du programme à Paris VIII) en avait marre de ne pas comprendre ce qui se passait, Paris VIII organisait une formation, normalement c'est le pédagogique qui gère le terrain aussi, tu vois. Les accompagnateurs en lieu de stage, sur ce genre de formation, sont des gens qui sont liés au pédagogique, ils sont liés à ceux qui te font le pédagogique, normalement c'est classique ça, bon là les chargés de mission étaient du CCOMS, donc il n'avait pas la main sur ce qui se passait, même pas la compréhension, il ne comprenait pas pourquoi ça continuait comme ça » (MSP Bernard)

I- Des prémices d'une intégration compliquée ?

L'intégration des MSP au sein des équipes de soin a souvent été compliquée. Il est intéressant de relever quelques prémices de la réticence ou des préjugés sur le terrain, en amont même de la présence effective des MSP sur le terrain : au cours des jurys de recrutement. Il est (déjà !) question de la crainte que les MSP ne viennent « prendre le boulot des infirmières ». Plus loin dans l'extrait, il est fait référence à un « incident » relativement important pendant les trois premières semaines de formation lorsque les membres des équipes invités se sont « rebellés » contre le programme pendant une présentation du responsable universitaire en amphithéâtre. Notons qu'à ce stade, les MSP n'avaient pas encore commencé leur travail sur le terrain, c'était donc le premier contact équipes / MSP !⁵⁸ On peut voir également

⁵⁷ (comme au cœur de l'été 2012 à l'occasion de la rédaction d'une lettre de revendication préparée conjointement –et finalement non envoyée, mais tout de même en possession d'un chargé de mission du CCOMS

⁵⁸ Précisons également que l'équipe de recherche de Lille 1 n'était pas encore chargée de cette

dans l'extrait ci-dessous l'impact négatif sur les MSP au niveau de leur état de santé (mentale).

(parlant du jury de recrutement) « *Donc il y avait lui qui avait un regard fuyant, ça me mettait mal à l'aise, et puis il y avait une infirmière cadre supérieure, qui un moment donné m'a dit, et ça, ça m'a vraiment interpellé, elle m'a dit : « mais... vous n'allez pas vous prendre pour une infirmière ? » et je trouvais ça tellement saugrenu... que je me suis dit : « ben... y a un problème quelque part », j'avais pas bien compris ou... qu'est-ce que ce serait le problème, mais j'ai compris qu'il y avait un problème »*

« *Je l'ai compris dès que je suis arrivée à Paris 8, quand j'ai vu tous les infirmiers avec leur pancarte et... Moi... je sais pas si je peux t'expliquer vraiment ce qui s'est passé parce que j'ai été... tellement angoissée, quand tous ces gens, ils se sont emportés dans l'amphithéâtre, ça m'a tellement... ça m'a tétanisée ! (silence) C'était comme si on était dans une arène d'un seul coup, et pis j'avais honte pour le prof, j'étais mal à l'aise, je souffrais pour lui... Tout le monde s'offusquait : qu'est-ce qu'on allait faire, on allait voler leur place et y avait pas de sous pour eux, mais y avait des sous pour nous. (silence) Devant une telle opposition, je me suis dit... moi j'étais paniquée en fait. »(MSP Dorothée)*

Cet incident au cours de l'amphi de formation, où les équipes ont quitté les lieux avant la fin de la session, préfigurait finalement de ce qui attendait les MSP dans certaines équipes de soin sur le terrain à l'issue de ces trois premières semaines de formation.

Un accueil frisquet : le MSP laissé à l'écart.

C'est un point noir du programme : l'accueil souvent compliqué des MSP dans les équipes de soin sur le terrain. Cette situation a été vécue par une majorité des MSP et les témoignages ne manquent pas. Dans ce premier extrait, on voit que même si le cadre infirmier croit au projet et soutient les MSP, les fortes réticences de l'équipe suffisent largement à « empêcher » toute intégration productive du MSP.

« *On a rencontré l'hostilité, mais de l'ensemble des personnes qui étaient là en place, autant des infirmiers, des ergothérapeutes, des... bon, c'était un petit peu surréaliste parce qu'en fait, on nous avait placés là, on dépendait de --- mais on nous avait placé à --- donc dans ce centre de jour, comme nous n'étions pas*

recherche évaluative donc nous n'avons malheureusement pas assisté à ces événements.

acceptés, on nous laissait là dans la cafétéria qui en fait euh... est le carrefour des activités qui s'organisent, y a des ateliers photo, des ateliers d'ergo' ou autre et nous, on nous laissait là, or, tous les patients étaient invités à des activités qui étaient organisées et euh... et nous, nous n'étions invités à aucun atelier. (...) On laisse les pairs-aidants comme ça pendant plusieurs jours, voilà, sans fonction, donc vous êtes là, vous êtes là de neuf heures à dix-sept heures et donc vous croisez effectivement de temps en temps des patients qui sont entre deux activités, qui viennent prendre un café et c'est tout. Puis euh... donc... et puis l'hostilité de l'ensemble des personnes qui sont là quoi, les soignants qui sont là et pis qui bon, qui ne vous reconnaissent pas. Voilà, donc ça a été... alors bon, l'infirmier cadre par contre était très bien, lui croyait au projet, mais... il avait lui-même des hostilités de la part de toute l'équipe euh donc... Ensuite, on a été mis un petit peu à l'écart à --- où on nous a donné un bureau, sans internet, sans rien » (MSP Fabrice (abandon))

Un second extrait est particulièrement intéressant puisqu'on y voit bien qu'en dépit des efforts de la MSP pour s'intégrer au sein de l'équipe, cette dernière « remet » la MSP à l'écart. Une mise à distance, une forme de « placardisation ».

« pfff... ben clairement, les journées euh... on était ben dans un bureau, je me rappelle qu'au début, moi j'essayais de m'intégrer quoi, par rapport aux infirmières, je ne restais pas dans mon coin toute seule, je restais avec les infirmières pour... voilà, ne serait-ce que de les entendre parler, ben ça permettait un petit peu de savoir ce qui se passait dans le CMP, de s'intégrer quoi, et puis au bout d'un moment, elles m'ont clairement dit que je pouvais faire mes trucs dans le bureau, dans mon coin, que je n'étais pas obligée de rester là avec elles, donc voilà, j'ai bien senti que je les emmerdais à rester là quoi, donc... je pense qu'elles nous voyaient plus comme des patients que comme des professionnels en fait, et de se sentir un peu observées ou je ne sais pas... Donc du coup, je n'ai pas trop insisté hein, je ne voulais pas les embêter, donc je suis restée dans le bureau avec - -- (autre MSP), je restais dans le bureau... » (MSP Martine (abandon))

La même MSP évoque la situation ubuesque d'une l'affiche syndicale contre le projet de MSP qu'elle découvre par hasard dans le bureau des secrétaires !

« L'anecdote de l'affiche qui circulait là, qui était carrément affichée dans le bureau des secrétaires quoi, je ne sais pas, on passait pas mal de temps dans ce bureau, et voilà, je ne sais pas, y avait un jour on était dans le bureau et y avait le tableau d'affichage, et voilà, par curiosité j'ai regardé ce qu'il y avait marqué dessus et j'ai vu cette espèce de feuille qui tournait contre le projet médiateur quoi, enfin... donc moi, c'est une anecdote qui m'avait marquée quand même » (MSP Martine)

Un sentiment d'inutilité et un rapport de force inégal

Le corollaire de cette mise à l'écart est évidemment le sentiment d'être inutile. La désillusion est à la hauteur des espérances et attentes suscitées par ce projet ambitieux sur le papier. Cette sous-utilisation des MSP (pour ne pas dire plus) s'est avérée être un élément important d'abandon du programme.

« Donc on a assisté à pas mal de réunions, c'était très intéressant, mais voilà, enfin, moi y a des fois où j'essayais de donner un peu mes idées et tout ça, mais je n'étais pas franchement écouté quoi, donc... c'était... voilà, enfin j'ai vraiment l'impression de ne servir à rien, d'être juste là pour la déco' et encore, pas forcément de la déco jolie quoi » (MSP Martine)

Dans les cas où le MSP cherche à lutter contre ce sentiment d'inutilité, essaye de sortir du placard et de s'affirmer, il se heurte à la force d'inertie du système en place et à la « violence » des rapports hiérarchiques. Le « combat » est inégal : d'un côté les membres de l'équipe, « protégés » par leur statut de fonctionnaire de la fonction publique hospitalière, en place depuis bien plus longtemps que le MSP, et surtout issu d'un groupe professionnel installé, reconnu et organisé (par des syndicats par exemple) ; de l'autre côté, un ou deux MSP, isolés, porteurs d'une idée nouvelle et méconnue, porteurs également qu'on le veuille ou non du « stigmat » de la maladie mentale (qui suscite la méfiance des équipes).

« Le travail en tant que tel... on n'a jamais été bien accepté en intra hospitalier (3jours/5), les infirmières se demandaient ce que je faisais là... donc je ne faisais rien ! Je m'ennuyais assez profondément. En extra (2jours/5) : c'était mieux, jusqu'à ce qu'une infirmière avec laquelle j'avais noué une relation amicale parte en congé maladie. Là une autre infirmière (...) a commencé à me mettre des bâtons dans les roues, et un jour j'ai pété un plomb : « tu fais chier, tu n'as pas à me parler comme ça ! ». Bien sûr elle était là depuis 25 ans, donc j'ai été reçue par la cadre supérieure, qui est une (---) donc j'ai un peu appris comment était organisé un hôpital ! des gens avec les dents qui rayent le parquet... Ils n'ont pas aimé (...), donc j'ai été mise au placard, un truc à la con à la maison des usagers... » (MSP Nina (abandon))

De la « maltraitance » de la part des équipes ?

Le vécu de plusieurs MSP sur le terrain est jugé très difficile. Encore plus que l'inutilité, la « maltraitance » infligée par les équipes de soin a poussé des MSP dans leurs retranchements, parfois jusqu'à l'abandon du programme pour éviter une rechute éventuelle (extrait 1), ou même parce que la rechute a eu lieu (extrait 3).

« Dans ce bureau d'infirmière, quand vous êtes... t'es entourée de cinq-six infirmières qui sont en pleine discussion aussi bien sur leur vie privée ou sur un

sujet qu'ils sont en train d'échanger et que toi, tu es en plein milieu de tout ça et que t'essaie de placer un petit mot et qu'ils entendent même pas le mot que tu essaies de placer et qu'ils t'ignorent ! Mais c'est de la maltraitance !

(...) Donc ben moi j'ai ressenti de la maltraitance et de l'ignorance... Ne pas laisser la place à une personne, c'est de la maltraitance, ne pas s'intéresser à la personne, c'est de la maltraitance, euh... voilà. Donc ben pour moi, tout ça, ça a été très dur à vivre, mais ça faisait partie du jeu, hein, donc je connais mes limites et il est arrivé un moment, c'est devenu infernal, infernal ! Donc il fallait que j'arrête, parce qu'autrement, j'allais devenir euh (...) Il était bien mieux pour moi de partir parce que j'étais en train de me mettre en danger, donc voilà quoi » (MSP Olivia)

Le témoignage est fort, et se poursuit en évoquant « l'horreur » qu'elle a vécue, la grande frustration et la solitude du MSP. On a ici une dénonciation du programme en forme de « coup de gueule » qui dénote plusieurs points clé partagés par d'autres MSP.

« J'ai l'impression que les médecins et les infirmières sont autant cinglés que les malades. Je suis sortie de là... je suis en train de retomber malade, je ne mange plus, je ne dors plus... donc je suis allée voir mon psy que je vois rarement, il m'a dit 'ben écoutez on va vous mettre sous anti-dépresseur, et ce travail ce n'est peut-être pas une bonne idée'. J'ai trouvé un travail après et au mois de septembre ça allait déjà mieux... » (MSP Nina (abandon))

Rechute due au contact avec les patients?

Le sujet est controversé (notamment entre la FNAPSY et le CCOMS), mais on ne peut le passer sous silence. Quelques MSP ont été confrontés à des difficultés du fait de côtoyer d'une part le système de soin en santé mentale qu'ils avaient connu en tant que patient, et d'autre part les patients, particulièrement ceux présentant des similitudes de symptômes et souffrances avec leur propre expérience. Dans l'extrait, on trouve un autre point d'intérêt, à savoir la problématique du type de patients à suivre pour un MSP : un cas similaire qu'il connaît mieux, ou un patient présentant une situation éloignée pour éviter de restimuler des souffrances passées. Mais Martine représente le seul cas où l'abandon est explicitement référé à la difficulté subjective du contact avec les patients.

« Le fait d'être confronté directement à leur souffrance, ça me renvoyait à ma propre souffrance, heu... ce n'était pas forcément avec tous, mais voilà, suffit qu'il y en avait un qui ait un peu les mêmes difficultés que moi, ça faisait trop échos en moi en fait et voilà du coup je... c'est un peu compliqué en fait, parce qu'à la fois je ne pouvais plus aider les patients qui me ressemblaient entre guillemets, qui

avaient un peu les mêmes difficultés que moi, donc à la fois j'aurais pu plus aider ces patients, mais en même temps vu que ça me renvoyait plus à ma propre problématique, ça me fragilisait plus d'être avec ce genre de patient, donc après, on aurait pu me dire : 'ben dans ce cas-là, il aurait fallu plus faire des entretiens avec d'autres...' avec d'autres patients on va dire plus des psychotiques que des déprimés on va dire, mais le problème, c'est que moi, les psychotiques, j'avais pas le savoir expérientiel, et du coup, je savais pas trop quoi dire, parce que je ne savais pas trop comment les conseiller n'ayant pas eu ces problèmes-là on va dire, donc d'un côté comme dans un autre, c'était un peu compliqué quoi

(...), Mais pour en revenir plus aux conséquences directes, pff ouais, c'est le fait d'être confronté à la souffrance directement des patients ben ça m'a renvoyait à des - par exemple, je vais pas m'étendre sur les détails, mais, par exemple, j'ai été XXX et j'ai rencontré pas mal de patients qui avait eu aussi cette problématique et forcément, ben c'est... » (MSP Martine (abandon))

Il est important de noter que les abandons consécutifs aux problèmes d'intégration dans les équipes (et même au point de « maltraitance » développée précédemment) sont plus nombreux que ceux dus au contact avec les patients, même si on trouve parfois un mélange de plusieurs facteurs difficiles à isoler les uns des autres.

Quand deux conceptions / cultures s'affrontent

L'arrivée de MSP dans les services de soin représentait la rencontre de deux « mondes » : deux approches différentes du patient, du trouble psychique, et de sa prise en charge. Le premier extrait fait état de la surprise du MSP à propos de la culture de l'hôpital public, de la séparation nette soignants / soignés, et des représentations de la maladie (second extrait du même MSP).

De travailler en psychiatrie publique ça, c'était très surprenant parce que j'étais face à des personnalités parmi les soignants, encore dans le service où je suis, je trouve que c'est assez ouvert, mais il y en a qui sont un peu rigides quand même. C'est chaud quoi, en fait je trouve que c'est un peu dur pour les patients, quand même../La surprise, ça a été pas mal de... de voir ce protocole, ces attitudes bien soignantes chez... chez pas mal de personnes, des figures bien différenciées du soignant, du patient, d'un côté et de l'autre. J'ai trouvé ça très marqué et très caricatural, à l'hôpital »

(...) Dans le cadre de mon mémoire, j'ai posé une question : « qu'est-ce que la schizophrénie ? » et y en a une qui m'a dit : « oh, les psychotiques, vous êtes comme ça comme ça comme ça » donc elle différenciait vraiment les psychotiques des non psychotiques, les gens sains des gens malsains, pas malsains, elle n'utilisait pas ce mot là mais, voilà, on sentait qu'il y avait quelque chose de très

rompu chez le psychotique, qui n'allait jamais... jamais arrivé à rien quoi, qui allait être dépendant toute sa vie, des institutions, des systèmes de soins, des... J'ai trouvé ça un peu court. Ça m'a surpris, voilà, c'est le genre de trucs qui m'ont surpris, beaucoup. En même temps, je pouvais m'y attendre quelque part, je sais pas (...) Il y a une barrière (entre soignants et soignés), ouais carrément, bien sûr, forcément » (MSP Quillian)

De manière plus précise et plus ciblée sur notre objet, la philosophie même du programme expérimental de MSP semblait représenter en certains endroits une pierre d'achoppement importante face à l'organisation des soins dans un sens large. On peut se représenter ce blocage entre deux pôles de la manière suivante :

Programme expérimental de MSP (« expérimental » implique essais, expérimentations, tâtonnements, « erreurs », réflexivité), anciens patients stabilisés, savoirs, proximité MSP / soignés d'un côté *versus* Système traditionnel de soin, inertie, rigidité, structure très hiérarchisée, conservatisme, culture de la distance soignants / soignés, culture professionnelle / corporatisme des groupes professionnels installés de l'autre côté.

Dans l'extrait ci-dessous, on voit que dans le cas où l'organisation de soin sur le terrain freine, ou même bloque l'essence expérimentale du programme. Il cherche à absorber le MSP en son sein, dans ses logiques de fonctionnement, et non à « accepter » d'évoluer par l'entremise de cette innovation.

Je pense plutôt que ce sont des gens qui essaient de formater le médiateur à leur sauce et qui essaient de formater et d'amener les médiateurs dans le moule et qui... Il y a le pouvoir hein, voilà, ça a bien été dit par la chef de pôle, vous êtes payés pour les tâches qu'on vous demande de faire, donc moi à mes yeux, non, je ne suis pas payée pour les tâches qu'on me demande de faire, je suis payée pour amener mon expérience, je suis payée pour construire quelque chose non pas pour effectuer des tâches imposées. (MSP Olivia)

II- Les aspects positifs: le travail auprès des patients

Les modalités d'intervention

Les situations sur le terrain ne sont pas les mêmes partout, notamment en ce qui concerne les modalités d'intervention des MSP auprès des patients. Au départ, même dans les services où les MSP étaient « acceptés », c'était le tâtonnement, on ne savait pas vraiment comment utiliser les MSP, ce qu'ils avaient le droit de faire ou non. Certains MSP ne pouvaient intervenir que sur prescription médicale (ce qui les

rendait grandement sous-utilisés), d'autres ont participé aux ateliers mis en place par les infirmières de l'équipe. La participation aux ateliers a été généralement considérée comme le bon médian pour entrer en contact avec les patients (de manière plus informelle qu'à l'occasion d'entretien par exemple), et trouver sa place sur le terrain de manière plus générale.

*« (...) Histoire d'avoir un petit cadre quand même, pas trop formalisé, je veux être sur le terrain et sur le terrain pour moi CATTP c'est participer aux activités en même temps que les patients. Pour moi ça c'est le médian. Contrairement à ce que --- (autre MSP) me disait au départ « non moi je suis pas infirmière psy je fais pas d'activité avec les patients je suis pas là pour ça⁵⁹ », au contraire, **je trouve que c'est le médian idéal**(...) C'est à dire ben déjà je touche à pas mal de choses manuelles donc ça va, donc je fais de la poterie, je fais du tricot du crochet de la couture, je fais de la marche, je fais les sorties thérapeutiques, j'ai commencé le vtt mardi dernier. Qu'est-ce que je fais encore ? je fais chant, c'est des choses qui me bottent donc ouais je les fais, scrabble tout ça jeux de société atelier mémoire je fais tout » (MSP Delphine)*

La reconnaissance progressive des MSP par certaines équipes

Au delà de la participation aux ateliers, il est important de noter la connexion qui s'établit entre patients et MSP. Un lien se crée relativement facilement, l'extrait ci-dessous de la même MSP évoque sous un angle positif les relations avec les patients, elle se sent sur « la même longueur d'onde » qu'eux. La citation donne également à voir ce point essentiel : l'évolution positive des relations de la MSP avec l'équipe qui vient maintenant vers elle et même la félicite.

« On est sur la même longueur d'onde, et sans parler de la même longueur d'onde je pense qu'y a des patients qui sentent qu'ils peuvent venir me parler. Regarde là mardi on a reçu une nouvelle patiente, elle est tétraplégique, donc avant qu'elle n'arrive j'ai une infirmière qui m'a parlé d'elle. Donc ça c'est tout nouveau hein depuis quelques temps les infirmiers hop elles viennent vers moi, tu vois moi j'étais en semaine de formation à Marseille je suis revenue, euh « ouais ben Delphine tu sais on a eu beaucoup de retours positifs, les patients ils demandaient après toi et tout, tout le monde est content de toi ! T'entends ça, ça fait plaisir ! Puis t'as ta cadre de santé elle vient vers toi « oui alors les équipes elles sont vachement contentes de vous, c'est super ! », maintenant ils savent à quoi vous servez et puis ils ciblent vos fonctions, ils savent vers quelles personnes on va vous diriger, tout le monde trouve sa place et vous aussi, oh c'est génial ! » (MSP Delphine)

⁵⁹ Notons que le MSP mentionné ici est un cas isolé.

Les MSP plus « accessibles »

Ce point est un prolongement du précédent : les MSP ont un bon relationnel avec les patients, ce qui s'explique en grande partie par les similitudes dans l'expérience des troubles psychiques. Les MSP « comprennent » les patients et ont une bonne écoute de leurs souffrances.

Un autre point intéressant à souligner est l'accessibilité des MSP, le fait de « se mettre à la hauteur des patients ». On trouve aussi dans l'extrait ci-après une critique des autres professionnels de la psychiatrie (ainsi que de la culture hiérarchique évoquée précédemment), particulièrement des psychiatres qui utilisent un langage pas toujours à la portée des patients. Il s'agit au contraire pour le MSP de se mettre au même niveau que les patients, pour pouvoir « se mettre à la place de l'autre ».

« Faut pas employer des termes à la con comme font certains psychiatres où des patients ne comprennent pas ce qu'ils disent, ils le font exprès, ça leur donne de la puissance et du pouvoir, de l'ascendance sur l'autre. Je parle le même langage que la personne qui est en face de moi, si elle dit B.A-BA je fais B.A-BA, mais je vais lui expliquer en B.A-BA le but du truc (de la démarche de soins proposés). Comment expliquer les choses avec des mots simples ? Pourquoi prendre des termes à la con ? Pour faire bien ? Pour avoir de l'ascendance ? C'est pas intéressant, le médiateur n'a pas à avoir de l'ascendance sur l'autre il se met à la place de l'autre ! Donc, moi je me calque sur la personne qui est en face de moi. Si la personne se tient comme ça je vais me tenir comme ça. Donc tout de suite ça crée un lien, de par la posture. C'est con ! C'est des petits trucs cons, mais ça commence déjà par là » (MSP Naomi)

Les MSP se sentent bien auprès des patients

Dans une partie précédente, on évoquait les difficultés des MSP dans le programme. L'une d'elles, le fait de côtoyer des patients souffrants de troubles similaires à ce qu'ils ont enduré eux-mêmes, concerne peu de MSP⁶⁰. A l'inverse, pour une grande majorité de MSP, les relations avec les patients représentent une source importante de satisfaction et d'épanouissement dans le programme. Cet élément a même joué un rôle de contre poids aux relations compliquées avec les équipes de soin, une sorte de refuge où beaucoup de MSP ont puisé la force de rester dans le programme.

⁶⁰ Un cas d'abandon est clairement lié à ce point. Deux autres cas présentent un mélange de facteurs qui inclut cet élément, sans pour autant qu'il ne soit décisif dans l'abandon du programme.

« La souffrance au travail que vivent la majorité, si tu les écoutes, tu leur demandes les moments où on est avec les patients, les pairs, là, c'est les moments où [souffle de soulagement], là on est content d'être face aux gens qui souffrent, par contre on en prend plein la gueule, je dis « on » parce que je me solidarise, je fais partie du groupe, la souffrance elle vient du rapport aux autres collègues, la mise à l'écart, de la difficulté de faire, 'on pouvait faire, on peut plus faire'⁶¹, voilà » (MSP Bernard)

L'apport en termes d'approche différente

L'apport du MSP auprès des patients est un gros point positif de ce rapport. Il se décline dans beaucoup de témoignages. Le premier extrait insiste sur la spécificité du partage de ressenti des souffrances psychiques. Cette compréhension issue de l'expérience vécue par le MSP s'accompagne du coup d'une forte dose d'empathie qui contribue au processus de soin et de rétablissement.

« C'est vrai qu'on apporte quelque chose de différent, les infirmiers, ils viennent pour faire des gestes, d'autres qui distribuent les médicaments, les éducateurs ils viennent voir si le logement n'est pas trop mal, mais **moi je ressens ce que la personne elle ressent. Je sais ce qu'elle traverse, je suis capable de me mettre à sa place. Je suis capable de me mettre à la place de la personne qui est face à moi, pas dans toutes les situations évidemment, mais dans pas mal de cas.**

(...) On ne peut pas dire aux gens : « bouge-toi », il y a quelque chose qui te plombe, tu voudrais bien sortir, mais tu peux pas, c'est comme une force qui... je ne sais pas, et ça, il faut l'avoir traversé pour comprendre, que les gens ils sont couchés, c'est vrai, ils ne s'habillent pas, ils sont en pyjama, mais je l'ai vécue et j'ai réussi à me sortir de ça, c'est comme si on avait des entraves, ben la maladie c'est une entrave » (MSP Dorothée)

La même MSP développe ensuite un autre apport : la capacité du MSP a restimulé la confiance du patient, encore une fois en s'appuyant sur son vécu personnel (mais sans toutefois insister sur ce point auprès des patients).

« J'essaie de ramener les gens à des bons souvenirs pour essayer de les motiver à travailler, à se remettre à ce qu'ils ont pu apprécier avant et qu'ils ne font plus du tout aujourd'hui, **essayer d'éveiller leur appétit pour qu'ils se remettent en route quoi. Les gens qui manquent de confiance, j'attire leur attention sur le fait qu'ils ont toujours des capacités, même s'ils ne les exploitent pas, même s'ils n'ont pas conscience, ils ont forcément des capacités, j'essaie**

⁶¹ Référence aux mobilisations syndicales contre le programme qui ont freiné la marge de manœuvre des MSP sur le terrain (dans les services où les MSP étaient intégrés aux activités).

d'être convaincante. De prendre le temps et moi j'ai quand même un regard neuf, je ne peux pas être blasée comme les autres personnes qui pensent que comme c'est des personnes chroniques, elles y croient pas au rétablissement » (MSP Dorothée)

Chapitre IX - La question de la professionnalisation des MSP.

Lise Demailly

Le projet de "créer un nouveau métier" a été présent dès le début dans l'histoire du programme expérimental MSP. L'expression "il s'agit d'un nouveau métier à construire" est souvent reprise lors des journées de formation par le staff du CCOMS ainsi que par les MSP stagiaires. L'équipe de recherche l'a aussi plusieurs fois entendue lors d'entretiens sur les sites de la part des cadres infirmiers ou des «interlocuteurs privilégiés». On la trouve aussi dans les articles de presse qui explicitent le projet.

Si la naissance et la mort des métiers sont des phénomènes sociaux courants (Latreille 1980), la position sociale des MSP est originale. On se trouve, là en matière de création volontariste d'un nouveau métier, devant un cas marginal et intéressant, qui n'est pas sans poser de multiples questions pratiques et sociologiques. Il s'agira ici d'analyser le contexte, les enjeux et les formes d'une telle stratégie (et donc d'en examiner la faisabilité).

Il faut tout de suite préciser que cette question de l'institutionnalisation d'un métier n'a que peu de choses à voir avec l'évaluation du programme. Cette dernière pourrait être très positive, le programme pourrait avoir modifié la place des malades dans l'institution psychiatrique, sans qu'un nouveau métier soit créé. Elle n'a rien à voir non plus avec la durabilité des emplois créés. Ceux-ci pourraient être très durables sans que pour autant un métier soit créé, mais seulement des emplois ou des fonctions, ce qui n'est pas la même chose. L'inverse est également vrai : un nouveau métier pourrait rater les objectifs politiques du programme. Les deux questions sont donc indépendantes. Examiner la faisabilité de la stratégie "création d'un nouveau métier" n'est peut-être pas central pour l'étude évaluative du programme, mais c'est intéressant pour son analyse, pour repérer les systèmes de représentation sous lesquels le travail des MSP est pensé. Et cela permet de voir si cette ligne d'action, qui est jusqu'ici celle des promoteurs du programme, est indispensable à la stratégie globale de ceux-ci en matière de transformation de la psychiatrie publique française, qui est leur but annoncé principal.

Pour cette analyse, je me sers des données de terrain recueillies à cette date : documentation, entretiens partiellement transcrits, visites exploratoires de sites, observation de réunions.

Je commencerai par rappeler ce qu'est, du point de vue sociologique, la création d'un métier, ou autrement dit, un processus de « professionnalisation » collective.

I- L'approche sociologique de l'émergence des métiers

I,1- Le concept de professionnalisation

Le concept de professionnalisation est polysémique : on peut parler de la professionnalisation d'une formation (qui prend une orientation professionnalisante plutôt qu'académique), d'un individu (qui devient un professionnel), d'une activité (qui cesse d'être privée, bénévole ou militante) ou d'un groupe. Ici il sera exclusivement employé dans ce dernier sens, au sens collectif, professionnalisation d'un groupe, autrement dit de l'émergence d'un groupe particulier qu'on appelle un métier ou une profession. L'émergence de tels groupes exige évidemment des professionnalisations individuelles et la professionnalisation d'activités spécifiques, mais requiert bien d'autres conditions, notamment en matière de reconnaissance sociale et administrative, au-delà des seuls employeurs.

La construction d'un groupe professionnel ⁶²est un processus qui transforme une collection d'individus à la fois

- en un groupe spécialisé quant au travail fourni et reconnu comme tel
- et en un acteur collectif.

1) "*Groupe spécialisé*" renvoie à une place déterminée dans la division sociale et technique du travail :

- une activité ayant un objet spécifique, un faisceau de tâches spécifiques identifiable et relativement stable dans les organisations de travail (un "mandat" au sens de EV Hughes) correspondant à des besoins sociaux.

⁶² Je m'appuie sur mes propres travaux en sociologie des professions. notamment Demailly 2008

En ce qui concerne la littérature américaine, je suis particulièrement redevable à Hughes et à Abbott

- des propriétés spécifiques des personnes, en partie insubstituables, qui autorisent à remplir ces tâches (un permis ("*License*" E V Hughes)

- Et une reconnaissance sociale (matérielle et symbolique) permettant au travailleur d'en tirer des revenus.

Ce triangle propriétés-mandat-reconnaissance, construit la professionnalité.

La professionnalité est l'ensemble des habiletés considérées comme caractérisant normalement les membres d'un groupe professionnel donné à une époque donnée. Autrement dit, la professionnalité est la résultante du lien socialement construit entre trois phénomènes (qui sont eux-mêmes des constructions sociales) :

a - *Certaines caractéristiques, qualités ou propriétés* physiques, psychiques, sociales des individus : savoirs et savoir-faire, formels ou implicites, pratiques ou théoriques, garantis ou non par des diplômes, conscients ou inconscients, liés au maniement de la matière, de la nature, des outils, des machines, des signes, des hommes et des organisations. Ces ressources, construites dans les événements biographiques, sont d'ordre cognitif, mais aussi d'ordre affectif et caractériel, voire d'ordre éthique. Ce sont aussi les différentes espèces du « capital » (Bourdieu 1987, 1992) possédé par l'individu ou le groupe.

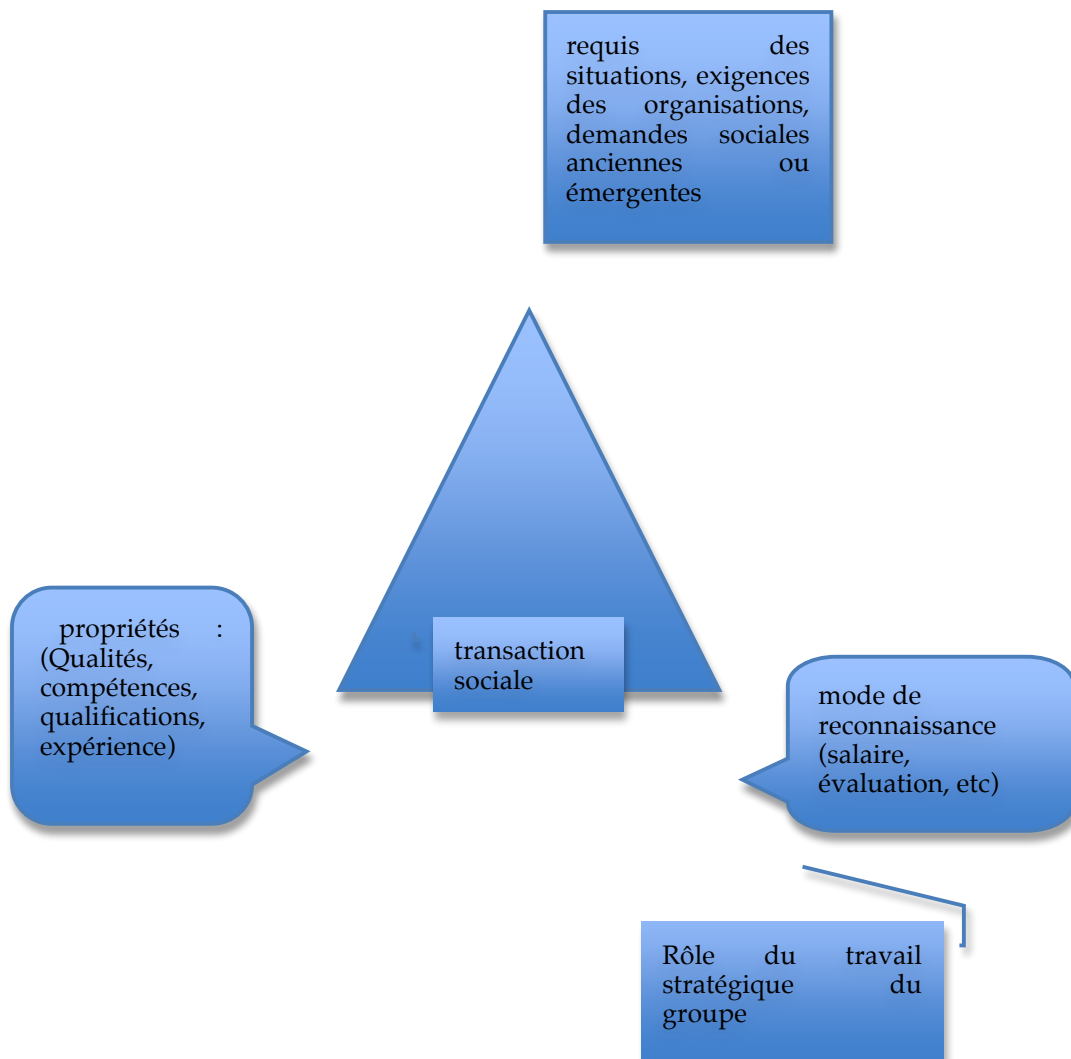
b) - Des exigences liées à des situations de travail ou à des postes, des requis définis par rapport à des tâches, par des employeurs, un marché du travail, une organisation, des besoins sociaux. Les requis peuvent être pensés comme des produits des évolutions structurelles et technologiques des organisations et des marchés du travail. Mais ce sont aussi des espaces de problèmes, historiquement définis, organisant des *mandats*. Et enfin des enjeux stratégiques de négociation : ils sont soumis aux jeux des stratégies objectives ou conscientes des différents groupes (sociaux, corporatifs, politiques) qui luttent pour la définition de ces requis, c'est dire pour la définition conjointe des situations, des problèmes et des besoins sociaux⁶³.

c - *La reconnaissance sociale de cette adéquation entre certaines caractéristiques des personnes et certains requis des situations.* Les propriétés et caractéristiques des individus valent par leur capacité à produire de l'action réussie, par leur efficacité à

⁶³ Le programme MSP lui même est cet exemple de lutte pour la modification de la définition des problèmes. Il produit de fait l'apparition de nouveaux besoins, l'émergence de tâches qui deviennent exigibles et ne l'étaient pas, de nouvelles définitions de la situation de travail « le MSP réintroduit de l'humain dans la relation au malade » « il change notre regard sur les malades ». (interlocuteurs privilégiés)

répondre à des requis des situations de travail ou à des besoins sociaux. La reconnaissance de l'adéquation prend la forme de rétributions matérielles et symboliques qui ont une certaine structure, un certain contenu, un certain niveau. Mais la reconnaissance sociale ne se produit pas sans un travail stratégique, symbolique et rhétorique mené par les groupes professionnels, ce qui renvoie à la question des formes de leur organisation comme acteur collectif dans l'espace public, qui est le deuxième critère d'existence d'un groupe professionnel.

On peut schématiser ainsi ce triangle.



2) « *Acteur collectif* » implique le développement d'une autonomie et d'une solidarité, l'existence d'un « nous » qui est subjectif et qui peut être porté par rapport à des groupes professionnels voisins ou des publics. Les syndicats de salariés par branche professionnelle, les associations professionnelles et les « coordinations »,

correspondant bien à des « organisations internes » de groupe et à des capacités d'intervention externes, signent l'existence de groupes professionnels. Mais ce nous est aussi objectif : un nom, un titre qui permettent aux membres de s'identifier collectivement et d'être identifiés, d'être distingués des non professionnels et des autres professionnels. "Acteur collectif" renvoie à la fois à des capacités d'action, à du pouvoir professionnel (si minime soit-il) et à des capacités à se protéger (des profanes, des usagers, des clients, des concurrents, des partenaires de travail).

Les deux critères (groupe spécialisé reconnu et acteur collectif) sont nécessaires. Gagner sa vie ne suffit pas à faire groupe professionnel : être "rentier" est un statut, mais pas une profession. Être député de même. Les travailleurs réussissent plus ou moins bien, en fonction de diverses ressources et contraintes internes et externes, à se construire ou à se faire construire comme groupes professionnels. Mais l'absence d'un des deux critères montre une construction incomplète de la profession : c'est le cas par exemple en France des « sociologues travaillant en entreprise », qui restent jusqu'ici une simple collection d'individus, ainsi que les « secrétaires », car, dans ces cas, la trop grande dépendance à l'organisation empêche la construction d'un faisceau de tâches précis et d'un acteur collectif sur une base extra organisationnelle. Les auxiliaires de vie ne semblent pas pouvoir non plus être considérées comme constituant un groupe professionnel, non plus que les médiateurs sociaux. On parle pour ces groupes de "professionnalisation inachevée", "dormante" (Divay)

La définition que je donne du processus de professionnalisation est très large. Elle permet aussi bien d'englober le cas du couvreur que celui du médecin. Elle reconnaît une pluralité des processus de professionnalisation, autrement dit une pluralité des formes de construction sociale d'une spécificité et d'une autonomie et autorité professionnelle.

I,2-Différents types de transaction sociale

De fait, il existe des professionnalisations plus ou moins robustes, conférant une autonomie professionnelle plus ou moins forte aux ressortissants au groupe, une capacité inégale à affirmer son expertise dans son domaine, des capacités monopolistiques inégales, des identités collectives plus ou moins fortes, des reconnaissances matérielles ou symboliques plus ou moins élevées.

L'articulation entre la structure des propriétés des individus (on pourrait dire aussi leurs ressources), les faisceaux de tâches à accomplir et les modes de

reconnaissance, définit plusieurs formes d'*échange social autour du travail*. Pour les typifier, on peut partir d'un des sommets du lui des propriétés ou ressources qui peuvent être validées dans la transaction sociale. Celle-ci relève de trois grands types idéaux, donnant trois modalités d'articulation des propriétés individuelles, des requis des postes de travail et des modes de reconnaissance. Ce sont les qualifications, les compétences et les qualités.

- *Les qualifications, les certifications.*

Dans ce cas, les propriétés individuelles (savoir, savoir faire, savoir être) sont *garanties*, le plus souvent par des formations, des diplômes, des concours, des listes de qualification en amont des embauches, et ce de manière collective (la même pour tous ceux qui sont du même métier). La qualification est une propriété stable du travailleur, elle s'établit juridiquement, elle est articulée de manière stable également à la reconnaissance salariale qui est en général alors incluse dans des négociations t collectives (jusqu'à ce qu'elle devienne obsolète).

- *les compétences* : savoirs faire et savoirs être, objectivables et transmissibles, évaluables par rapport à une organisation données, acquis en cours de formation et/ou en cours de travail, et permettant aux opérateurs de mieux répondre aux demandes de l'organisation. Les compétences sont en partie personnelles. Elles peuvent devenir obsolètes. L'articulation à la reconnaissance salariale est flexible, et, dans le s entreprises privées, de plus en plus individualisée. La « logique compétence », point de départ du système de gestion des ressources humaines, consiste à « instituer un nouveau type de travail, exigeant une implication du salarié que l'entreprise, pour sa part, s'obligerait à reconnaître et à entretenir » (Monchatre et Rolle, 2003, p. 18). Les compétences se jugent sur le comportement au travail de l'individu, sur les techniques qu'il met en œuvre.

- *les qualités, les dispositions* : caractéristiques personnelles, innées ou acquises, porteuses de savoirs, savoirs faire et savoir être. Ex Caractéristiques physiques (beauté, force, jeunesse), « qualités dites féminines » (aptitude au care), dispositions sociales (pour la communication), goûts, talents, caractéristiques ethniques, de lieu habitation, capital social, de réseau.....Elles se jugent sur ce que la personne *est et fait*. La professionnalisation des groupes sur la base de « qualités » peut être éphémère, car la professionnalité individuelle disparaît en même temps que la qualité (on cesse d'être sportif ou jeune ou de pouvoir travailler dans les quartiers avec des adolescents..), ou elle peut rester »socialement « invisible » et bénéficier d'une reconnaissance sociale faible (assistantes maternelles, auxiliaires de vie,

auxiliaires de travail à domicile, médiateurs sociaux). Mais elle assure aussi certains statuts sociaux moyens ou élevés : les psychothérapeutes (avant la réforme, qui exige maintenant d'eux une qualification), les psychanalystes et les métiers artistiques en sont trois grands exemples.

Ces modes de professionnalités ne sont pas exclusifs les uns des autres. Ils peuvent coexister harmonieusement ou en tension (cf. les tensions entre qualifications et compétence concernant le corps enseignant. "Un enseignant qualifié n'est pas forcément un enseignant compétent") Les professionnalisations les plus robustes restent celles qui s'articulent principalement à une certification, car ce sont elles qui permettent les stratégies collectives monopolistiques (la « fermeture du groupe avec un titre protégé »

En résumé :

Qualités= reconnaissance instable et personnalisée, acteur collectif faible

Qualifications, certifications : reconnaissance salariale stable et souvent collectivement garantie, emploi stable, groupe fort tant que la qualification n'est pas obsolète.

Compétences : une certaine individualisation et flexibilité de la reconnaissance

L'expérience ne compte dans le processus de qualification que par la voie de la VAE ⁶⁴qui permet d'accéder plus vite à un diplôme, mais elle n'est pas prise en compte en tant que telle dans la qualification. Elle est en revanche prise en compte dans les formulations des ressources en termes de qualités ou de compétences.

I,3- La montée de la logique compétence

Le mouvement historique depuis les années 80, dite "logique compétence", tend à rendre exigible la compétence pour compléter les qualifications. (Demailly 1987 sur les enseignants.) Sur bon nombre de métiers, la qualification ne suffit plus pour l'embauche, il faut aussi une promesse de compétence, basée sur l'expérience

⁶⁴ La Validation des Acquis Professionnel et Personnel permet d'obtenir une équivalence afin d'accéder à une formation sans avoir le niveau requis.

Les dispositifs de VAE permettent l'obtention de tout ou partie d'une certification (diplôme, titre à finalité professionnelle ou certificat de qualification professionnelle) sur la base d'une expérience professionnelle salariée, non salariée ou bénévole (syndicale, associative) et/ou volontaire. Cette expérience, en lien avec la certification visée, est validée par un jury. Les certifications enregistrées au [Répertoire National des Certifications Professionnelles \(RNCP\)](#) sont accessibles par la VAE.

professionnelle et les bons services rendus antérieurs. Cette exigence de compétences adaptées au poste de travail et aux organisations concrètes porte aussi le nom de « professionnalisme » (Brossard Demazière Milburn 2010.).

D'autre part la technique de description de l'adéquation des individus aux postes et la technique d'évaluation du travail tendent à retraduire le plus de propriétés possibles des travailleurs en termes de compétences⁶⁵, même s'il s'agit de qualités ou de qualifications, pour pouvoir les évaluer dans le cadre du management moderne. Mais nous garderons la distinction analytique entre qualification, qualité et compétence, même quand les acteurs n'emploient plus que le terme de compétence.

II- La situation des MSP : atouts et obstacles de départ à la création d'un métier

On peut réunir quelques éléments pour apprécier les facteurs objectifs facilitant ou non la création d'un nouveau métier de MSP en France.

II,1-Atouts

1- Le métier existe déjà à l'étranger, sous diverses appellations, mais avec un contenu convergent

2- Il existe des arguments fonctionnels, politiques, éthiques pour montrer l'intérêt que peuvent avoir certain nombre d'organisations de soins à embaucher de tels profils. Un certain nombre de lieux ont confirmé cet intérêt du programme en se portant candidats à l'embauche des MSP

3- l'existence des GEM

4- Il ya déjà eu une certaine reconnaissance de l'utilité au niveau de l'administration : trois ARS qui ont accepté de financer des postes, la CNSA la formation, la DGS la recherche évaluative

II,2- Obstacles

- L'opposition profane/ professionnel qui est propre au monde de la santé. D'autres mondes sociaux marquent moins la coupure entre professionnels et destinataires, car ils s'organisent sur l'opposition amateur/ professionnel (le chant)

⁶⁵ Cf le titre de cet article de S. Divay « quand la jeunesse devient une compétence »

ou professionnel/client (le commerce). En santé, le destinataire est un profane. D'où le côté provocant qu'il y a à franchir le pas (provocation qui n'existe pas dans d'autres mondes sociaux où par exemple l'amateur est encouragé à devenir professionnel" ou semi-professionnel, ou le statut d'amateur est un passage normal). Créer le métier de MSP implique donc de franchir une barrière symbolique, ou de faire consister un entre-deux qui n'existe pas.⁶⁶

- La certification pour des métiers proches "médiateurs de santé", "médiateur social" n'existe pas encore, alors même qu'il existe un bon nombre d'emplois.

- La formation des MSP permet d'obtenir un DU de niveau baccalauréat + 2 ("Médiateur santé/pair" au sein du programme du CCOMS pour une durée de 24 mois. Puis, pour la suite, possibilité d'être attaché à des établissements de santé mentale, des associations, ou des collectivités territoriales"), ce qui n'est pas rien en terme d'acquisition de compétences, mais ne vaut pas certification⁶⁷. Certains MSP s'en sont aperçus quand ils ont suite à des difficultés sur leur lieu d'embauche, tenté de le négocier à l'extérieur : "C'est un diplôme qui ne vaut rien" dit brutalement Nadette, une « médaille en chocolat » dit un MSP et un autre découvre qu'il ne lui permet pas de s'inscrire en master.

- L'opposition des syndicats infirmiers, qui ne s'est mise en veille que parce qu'il s'agit d'une phase expérimentale. Cette opposition porte sur le financement des postes, le mode de recrutement dérogatoire de la fonction publique puisqu'il fait intervenir des qualités (avoir été malade, être rétabli), la concurrence des expertises concrètes, et le salaire. Elle aboutit, sur certains sites internet, à ce que les infirmiers "psy" revendiquent une spécialisation certifiante "psy" niveau master.

- L'opposition ou les réserves de certains psychiatres⁶⁸ qui disent dire que le

⁶⁶ L'opposition est tellement forte que dans les conventions CCOMS CNSA, le MSP ne fait pas partie des professionnels " L'objectif est d'intégrer des médiateurs de santé / pairs dans des services de santé mentale et d'insertion sociale pour les personnes en situation de handicap psychique et de mener une recherche sur les deux cohortes aux fins d'évaluer l'impact de la présence des médiateurs de santé / pairs sur les personnes souffrant de troubles psychiques par rapport à des personnes prises en charge exclusivement par des professionnels." La même phrase figure dans la convention avec la FNAPSY

⁶⁷ L'admission à cette formation se réalise : sur titre (diplôme de niveau baccalauréat + 2 délivré par une université française ou titre équivalent); ou sur validation des acquis professionnels et personnels : la VAPP (décret de 1985) peut être accordée aux personnes ne remplissant pas les conditions précitées, après exposé de leurs motivations, centres d'intérêt, expériences, et étude de la cohérence de leur projet professionnel (remplir le dossier VAPP si nécessaire) et sur justification d'au moins 3 années d'expérience professionnelle. L'admission est subordonnée au recrutement du candidat par un établissement engagé dans le cadre du programme national « Médiateur de santé/pair ».

⁶⁸ cf. Intervention de Guy Baillon sur Mediapart, celle de Jean Pierre Martin (cf. A propos de

travail du MSP n'est pas utile et qu'il correspond à une orientation idéologique néfaste pour le psychiatrie (dissolution dans la santé mentale et le travail social).

III- Les évolutions stratégiques sur le mode de professionnalisation

Par rapport à cette situation, quelle stratégie poursuit ce que je nommerai le réseau-promoteur de l'expérimentation ? Ce réseau promoteur ne se limite pas au groupe qui serait candidat à la professionnalisation. La professionnalisation est souhaitée en outre par un certain nombre de professionnels des structures psychiatriques, pour qui elle va de soi comme horizon, le staff CCOMS/MSP⁶⁹ qui est à l'initiative du programme, la direction de l'EPSM Lille métropole (cet EPSM est la base gestionnaire du projet). Et sans doute les trois ARS partenaires.

Toutefois l'observation des réunions, le contenu des entretiens et le suivi des événements révèlent des allées et venues sur la stratégie de professionnalisation à adopter, tant sur le type de professionnalité (qualités, qualification ou compétence), que sur son domaine (sanitaire ou social) et sur les perspectives salariales. Ces hésitations sont à retenir en partie à des sensibilités différentes au sein du réseau promoteur, en partie aux adaptations successives à la situation globale du programme expérimental.

III,1- La stratégie « qualification »

Il semble que cela ait été la stratégie initiale du staff CCOMS/MSP, quand il cherche pour son programme une formation universitaire.

On trouve le mot de qualification dans le programme de recherche déposé au CPP "Par exemple question de recherche (rédigée par le CCOMS) - "Pourquoi cette formation est-elle conditionnelle à la qualification professionnelle des MSP ?"

Observations

"Universitaire, c'était pour que ce soit sérieux" (membre CCOMS)

*"Ce n'est pas dérogatoire de la fonction publique puisqu'ils ont un diplôme !"
(Membre CCOMS, lors d'une discussion à propos de la position des syndicats)*

l'expérimentation de patients « tuteurs » de santé (site Serpsy) "Cette expérimentation lancée par des ARS doit donc être soumise, préalablement, à un débat sur son sens réel, avec tous les acteurs de la psychiatrie et de l'insertion, et critiquée, en l'état, comme une source de graves confusions."

⁶⁹ Dr JL Roelandt, Dr P le Cardinal, Dr M Massili, Florentina Rafael (chargée d'étude), Simon Bacle Vasseur (psychologue), Guillaume François (cadre de santé) et au début, avant sa démission, Stéphanie Dupont (chargée d'études.)

infirmiers)

Lors du travail pour construire la "fiche compétence" : on n'a pas besoin de reprendre ce qui concerne le diplôme (ses pré requis et ses acquis)" membre CCOMS

Un MSP a l'idée d'une VAE qui pourrait aboutir à un reclassement : "on pourrait passer catégorie B. Plusieurs années de contact avec la psychiatrie peuvent valoir plusieurs années d'études »

Cette stratégie de l'institutionnalisation d'un métier par la qualification est dans ce cas difficile pour plusieurs raisons.

- Un DU est un diplôme faible. Les DU n'entrent pas dans le système LMD ces diplômes sont gérés en autonomie locale, c'est-à-dire hors de la dotation globale du ministère et leurs tarifs sont alignés sur ceux de la formation continue du secteur privé. Les DU sont plutôt des diplômes de formation continue qui viennent compléter une qualification initiale

- Tous ceux qui se sont présentés à l'examen l'ont obtenu (source de contentement pour les intéressés, pour le CCOMS et les ARS, mais source de gêne aussi : que vaut un diplôme que tout le monde obtient ? se demande un MSP).

De fait, ce diplôme est difficilement opposable et ne « ferme » pas le groupe professionnel. Rien ne peut empêcher un établissement psychiatrique ou une association d'embaucher un « médiateur de santé pair en santé mentale » non tutélaire du DU de Paris 8. De fait des médiateurs de santé pairs de MARSS n'ont pas de diplôme.

III,2- La stratégie « qualités ».

Cette stratégie, d'une certaine façon risquée, car elle aboutit aussi bien à des statuts assez élevés qu'à des professionnalisations inachevées, tente certains MSP, au moins en début de parcours de formation, ainsi que certains acteurs de terrain et peut être un des promoteurs du CCOMS.

*« Quand on va se professionnaliser, on va perdre la fraîcheur de nos savoirs. »
(MSP, débat)*

"On ne doit pas avoir le type de distance qu'ont les professionnels de santé ou du travail social avec les patients..." (MSP, débat)

"Là, je viens de faire des choses qui sont en principe interdites : l'appeler par son prénom, dire tu, l'embrasser. Bon, tant pis, c'est comme ça que moi je sens la

relation..... (MSP, sur terrain).

On est là du côté d'une définition charismatique de la fonction : introduire des décalages, des ruptures, faire bouger les lignes de la psychiatrie, être un porteur militant de la subjectivité des patients ou de la nouvelle politique de santé mentale.

La référence directe à l'expérience personnelle, précieuse, non remplaçable, non imaginable pour les autres professionnels, est évoquée chaque fois que les MSP se décrivent comme contraints à rentrer dans le moule de service où ils sentent leur créativité et leur autonomie bridées. Voire dans les cas où ils revendiquent une certaine extraterritorialité : le droit à prendre des initiatives.

Par ailleurs, au fur et à mesure que le temps passe, la liste des qualités exigibles se précise. Au delà de l'expérience de la maladie et d'un parcours de rétablissement, dans les entretiens avec les MSP et les équipes, on repère que se précisent d'autres critères, qui sont aussi des "qualités", à prendre en compte pour recrutement : être suffisamment bien rétabli actuellement, ne pas avoir de comptes à régler avec l'institution psychiatrie, avoir envie d'aider, être bienveillant, aimer communiquer... Un membre du CCOMS est particulièrement sensible à la définition en termes de qualités : qualités d'écoute, de communication, et de positionnement politique.

Si ces qualités manquent, c'est l'échec : des MSP mal rétablis, un autre qui communique très peu, n'ont pas vu leur contrat renouvelé. Les qualités sont donc nécessaires à la professionnalisation, mais sont elles suffisantes?

Des professionnels dans les équipes parlent aussi en terme de qualité : "Elle est habile« avec les patients. Je ne sais pas si c'est parce qu'elle a été malade, je crois plutôt que c'est parce que *c'est elle* (souligné de la voix)"(médecin-chef). Propos louangeur certes, mais qui ne peut être la base d'une professionnalisation collective, vu qu'il sous-entend une personnalisation radicale de l'adaptation à l'emploi.

Il est aussi intéressant de noter que les MSP eux-mêmes s'interrogent sur la durabilité des qualités, on retrouve le thème de la fraîcheur de l'expérience qui ne peut que se perdre au fil du temps.

"J'ai pu observer au fil des mois une évolution intrigante dans mon attitude et dans mon positionnement par rapport aux patients suivis : je me situe de plus en plus du côté de l'équipe soignante plutôt que du côté du patient dans mon approche des cas.

Cela semble positif, car j'ai le sentiment de m'intégrer à l'équipe et d'avoir une approche plus professionnelle. Cependant je ne suis pas sûre que ce soit une

évolution souhaitable : je perds en partie mon approche d'ancienne patiente, tout en n'ayant pas le bagage académique spécifique des soignants. N'est-ce pas perdre de vue l'intérêt de l'approche de la personne se situant à la charnière du soin et du vécu ?

Dans le cadre de ce programme d'expérimentation, on peut se demander s'il ne serait pertinent de renouveler régulièrement les équipes de médiateurs de santé / pair." (Extrait de mémoire d'un MSP)

Autre tension personnelle pour un autre MSP.

"Elle (le médecin-chef) m'a dit "soyez vous même". Ça m'a beaucoup aidée. Maintenant je suis moi même et ça se passe ben. Tout de même de temps en temps, je me demande si être soi même, c'est travailler."

Dans les métiers à qualités, la question ne se poserait en principe pas. Un artiste ne se sent pas handicapé parce qu'il « est lui même », il ne fait pas de clivage entre être soi même et ses performances. Un psychanalyste n'est pas gêné parce que son identité professionnelle est collée à son identité personnelle, il le revendique, il pense son acte en terme de performance et non de compétence.

Mais la logique compétence dominante, et donc le sens commun, fait le clivage entre être soi même et être un professionnel. On retrouve ce clivage implicitement entériné dans un article "Être soi peut-il être professionnel ? Le cas des médiateurs sociaux" Pasquier Rémy 2008) qui souligne la difficulté de la professionnalisation dans les métiers flous⁷⁰. Il est vrai que, aujourd'hui, les employeurs et l'Etat tendent de plus en plus à penser en termes de compétences, à exiger pour tous les métiers "que soit défini et évaluable l'acte professionnel qui en est le plus caractéristique » (Strauss, 1991, pp. 67-86)" et qui en constituerait le cœur", ou, autre formulation qui me paraît bien adaptée au cas étudié, qui exige que l'éthique de la pratique puisse s'articuler explicitement à une éthique institutionnelle, au lieu de se déployer en "électron libre", mot dans lequel plusieurs MSP seraient volontiers tentés de s'identifier. La stratégie de professionnalisation par les qualités, si elle apparaît d'un certain côté « juste » et pertinente, si elle peut fonctionner pour des professions déjà installées, rencontre beaucoup d'obstacles pour fonder une professionnalisation

⁷⁰ L'apparition des médiateurs sociaux dans certains quartiers ou espaces publics, les conditions de leur recrutement et de leur activité interrogent leur reconnaissance professionnelle. Conduits à créer leur métier à partir d'eux-mêmes, sur la base de leur vécu passé et au coup par coup des interventions, leur identité professionnelle ne peut se démarquer de leur identité personnelle. Ils représentent donc un cas spécifique, mais emblématique, où une personnalisation particulière du rapport au travail pose le double problème de l'institutionnalisation et de la professionnalisation de cette activité. (résumé)

nouvelle dans un monde du travail régi par la logique compétence.

III,3- La stratégie « compétence »

Les cadres et cadres supérieurs de santé, la direction de l'EPSM Lille métropole, une bonne partie du staff CCOMS/MSP investi dans l'opération sont acquis clairement à une stratégie de professionnalisation par la "compétence".

C'est déclaré très vite par le directeur d'hôpital de l'EPSM Lille Métropole :

"Joseph HALOS précise qu'il faut intégrer le poste de médiateur dans la GPMC⁷¹ des établissements, en faire l'évaluation et dans ce cas envisager de solliciter l'HAS dans le cadre des critères d'évaluation. En tant que président de l'ADESM, Joseph HALOS se fera le porte parole sur cette question". (Compte rendu du Copil du 25 mai 2012).

Plusieurs responsables de sites expriment le refus de ce que je pourrais appeler une interprétation trop charismatique (au sens wébérien du terme") et appellent à un retour au rationnel légal : des rôles bureaucratiquement définis, des hiérarchies claires, des autorisations explicites. "Disons qu'eu début, ils se prenaient un peu trop pour des professions libérales". La définition de la fonction, du poste, puis d'un référentiel de compétences apparaît donc, proposées par les cadres de santé, comme al bonne méthode pour préparer la professionnalisation du groupe. Elle es t la voie réaliste de professionnalisation, elle rallie progressivement tout le monde, elle est nécessaire, du point de vue des cadres de santé, pour que les MSP puissent être évalués comme les autres personnels et par les chefs de service qui veulent qu'ils soient des travailleurs du service comme les autres, inclus dans le projet de service

C'est elle qui devient dominante au fil des COPILs et des réunions de formation. Elle est particulièrement portée par les cadres infirmiers, habitués à manipuler les « référentiels de compétences », qui leur apparaît comme la seule réaliste. Il s'agit de « passer de ce que la personne est, à ce que la personne sait faire⁷² et cela par le biais d'outils discursifs et administratifs, dans l'ordre temporel de leur écriture :

- fiche de poste (individuelle, mais sur la base de consignes générales

⁷¹ la GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (2008) est un **nouveau mode de Gestion des Ressources Humaines** qui permet de **qualifier son personnel par son métier et par ses compétences** qu'il mobilise au quotidien et non plus seulement par son grade ou son statut.

⁷² Donc, dépasser ce point de vue qui est typiquement un énoncé en termes de qualités En d'autres termes, les médiateurs de santé pairs ne se définissent pas par ce qu'ils font, mais par ce qu'ils ont vécu.

données par le DR JLRoelandt)⁷³

- fiche de fonction (commune)
- référentiel de compétences.
- référentiel métier.

III, 4- Les difficultés rencontrées pour écrire un référentiel de compétences

Cependant il se révèle difficile d'écrire un référentiel de compétences qui ne s'adosse pas à une certification, qui n'en soit pas la retraduction en terme de compétence (comme on peut le faire pour les métiers d'AS, infirmier, d'enseignant. Au fil des discussions, il apparait difficile techniquement d'écrire le référentiel de compétences et même la fiche de fonction,⁷⁴ pour plusieurs raisons.

La difficulté à écrire le savoir expérientiel passé comme compétence

"On ne peut pas écrire comme compétence : avoir été malade et s'être rétabli !" s'exclame un MSP. Effectivement, c'est une qualité, pas une compétence. Comment y articuler une compétence ?" Toute une série de questions s'enchaîne dans la discussion lors de ces COPILs ou regroupements consacrés à la rédaction des fiches.

Est-ce que c'est l'expérience d'une maladie particulière qui est utile (la bipolarité pour les bipolaires), ou l'expérience du trouble psychique en général, ou l'expérience d'une hospitalisation, ou l'expérience du psychotrope, ou l'expérience du rapport aux médecins? Qu'est-ce qui est essentiel dans l'expérience?

Est ce que le passage par la maladie et un certain rétablissement fonde des compétences durables ?

S'agit-il d'être capable de donner espoir par l'exemple de son propre rétablissement? Ou d'être capable d'évaluer où un malade en est de son rétablissement ?

Ces compétences sont-elles transmissibles indépendamment de l'expérience de la maladie. A priori, non... l'expérience de la maladie est insubstituable. Elle peut être utilisée vis-à-vis d'un patient, elle lui est donc transmissible, mais est-elle intransmissible aux professionnels (très rapidement le MSP ne serait plus utile une fois son expérience transmise) ?

⁷³ Voir les consignes diffusées en annexe.

⁷⁴ Qui sera écrite aux sites et diffusée en janvier 2013. Voir annexe

La difficulté à identifier des compétences spécifiques

La discussion bute aussi sur la difficulté d'identifier des compétences spécifiques, différentes de celles d'un AS, d'un travailleur social (comme moniteur – éducateur), d'une infirmière.

La première fois que j'ai lu leur fiche de poste, je me suis dit, mais c'est tout ce qu'on fait, nous, moins les actes techniques (infirmière de secteur psy)

Une éducatrice (entretien non retranscrit) fait la même remarque à partir du métier d'éducateur. La réaction est normale par rapport un descriptif en terme de compétences, puisque la différence essentielle et la spécificité sont dans la posture (dans une qualité). On peut remarquer d'ailleurs les compétences d'un infirmier et d'un éducateur se recoupent partiellement. Mais, rethoriquement parlant, la présentation d'un référentiel de compétences a des effets plutôt négatifs.

Pourtant la croyance est forte de la part d'initiateurs du programme et de la part des MSP en poste de leur spécificité : ils le disent et le répètent dans leurs entretiens d'embauche, leur mémoire, leurs entretiens avec le sociologue. Le problème et l'enjeu sont de parvenir à objectiver cette spécificité, et dans le langage de la compétence, qui tend à la gommer

La difficulté à identifier des compétences communes

Les MSP sont insérés dans des services différents (CATTP, CMP, hôpital de jour, intra, appartements thérapeutiques) et dans des services différents quant à l'organisation, la philosophie des soins, la conception de la place du MSP.

Les règles du jeu différentes

- accès/ non accès aux réunions de service ?

- travail relativement libre ou sur prescription médicale ?

- insertion dans un projet de service existant ou improvisation en fonction de la personnalité et des propositions du MSP

III, 5- Les hésitations sur la famille de métiers visés

La stratégie de professionnalisation hésite sur les contours du nouveau métier. Si pour le CCOMS, il s'agirait d'une profession de santé, para médicale et de la fonction publique hospitalière, ce *design* est loin de faire l'unanimité, y compris chez les intéressés eux-mêmes.

On peut repérer quatre choix à opérer, dont les alternatives partagent le réseau-promoteur.

Sanitaire/ social

Observations diverses

C. Ethuin (GEM nord mentalité) parlant de Vincent Girard (responsable de MARSS, Marseille) et des MSP. « Il m'a répondu ; ce sont des personnels de santé »... Intervention publique pendant la journée sur la Santé mentale DU 12 décembre à Lille

Claude FINKELSTEIN apportera son aide technique aux chargés de mission sur ces points à préciser. Il est préféré également l'utilisation du terme de « professionnel » à « soignant » (CARE = prendre soin). Ce qui importe est qu'il n'y ait pas d'amalgame et de confusion dans les missions au sein de l'équipe et cela sera plus aisé si le terme le plus utilisé est le terme : « professionnel ». Le médiateur aura sa place dans l'équipe en tant que professionnel « facilitateur de soins ». (Compte rendu du Copil 25 mai 2011)

Un membre du staff CCOMS a plusieurs fois rapproché les MSP des "autres intervenants professionnels", artistes par exemple animant régulièrement un atelier en intra, comparaison qui les éloigne de la santé et les rapproche de l'intervention socioculturelle.

Cadre de santé parlant de la MSP Whitney « je dirais ce qu'elle fait c'est 80 % du social et 20% du sanitaire »

Nadette (MSP) : "Ici c'est vraiment le soin et l'accompagnement en santé. Ils ne s'intéressent pas au social. Alors que ce qui m'intéresse, c'est le social. Il faut que je change de site"

Soignant /non soignant

Après l'intervention d'un membre du CCOMS expliquant aux MSP lors d'un regroupement qu'ils sont des soignants

Danièle, véhémence « ah non moi je ne suis pas une soignante »

Divergences sur la place dans la hiérarchie

Selon le modèle de l'EPSM Lille métropole, le MSP a pour supérieur hiérarchique le cadre de santé. Et il reçoit pour ses activités des prescriptions médicales.

Ce modèle est loin de faire l'unanimité.

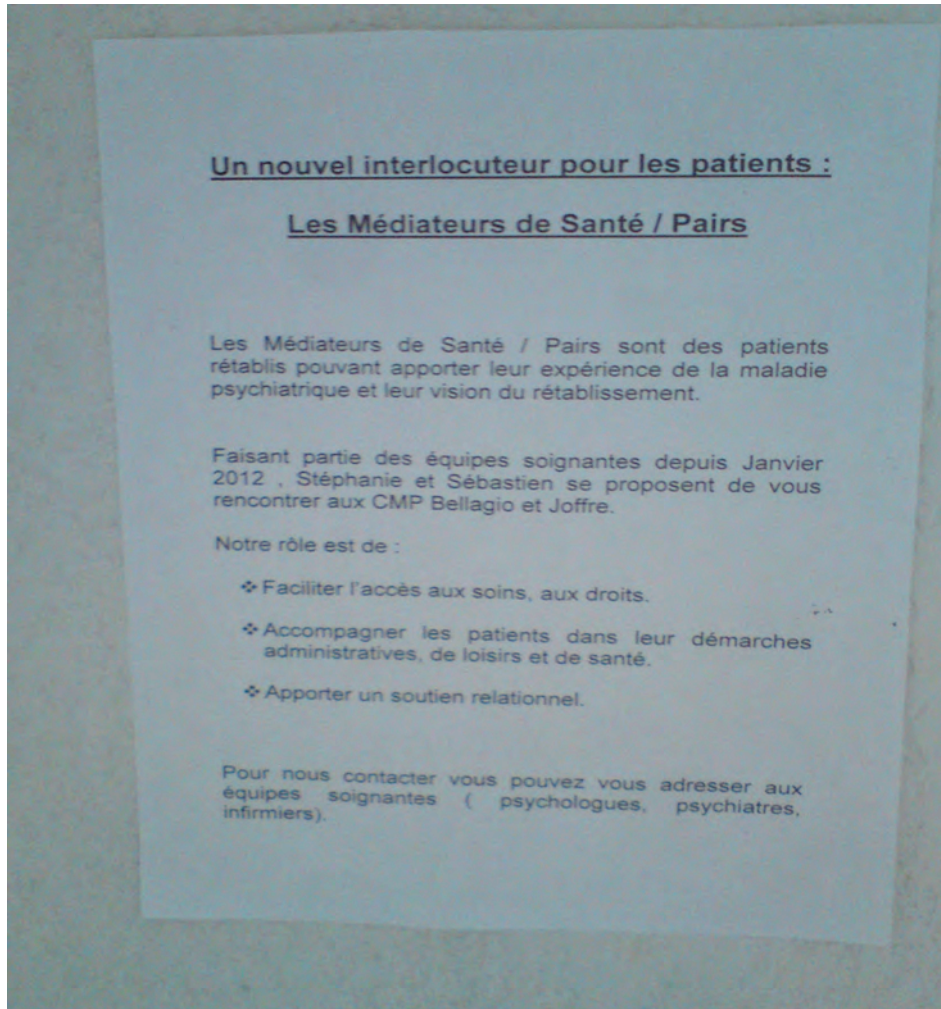


Photo CF

Parfois ce sont les MSP qui recrutent leurs clients (même s'ils renvoient à l'équipe soignante qui garde la main sur l'organisation). Ci dessus.

Parfois ce sont les cadres socio-éducatifs qui managent le MSP.

Quatre médecins chefs au moins sur 14 sites ne pratiquent pas la prescription médicale, non pas de manière restrictive, mais de manière explicite et raisonnée. Pour en pas gêner le travail du MSP et le mettre en porte à faux, ils n'utilisent que la recommandation et la suggestion : « ce serait bien que vous discutiez avec le MSP. Le Dr H. explique que pour la hiérarchie fonctionnelle le MSP ne dépend que du Médecin-chef, surtout pas de la hiérarchie infirmière, comme le psychologue, et qu'il doit disposer d'une autonomie, coordonnée certes avec l'équipe, mais affirmée.

Elle a une place à part, dans la mesure où elle ne travaille pas non plus sur prescription médicale. C'est-à-dire que à la différence d'un personnel paramédical comme une infirmière... qui travaille sur prescription médicale ! Alors c'est ça qui... est pas toujours évident à comprendre, les infirmiers ne relèvent pas directement de l'autorité hiérarchique du médecin, mais néanmoins si le médecin leur dit de faire... quelque chose qui est de l'ordre d'un soin infirmier elles sont tenues de l'exécuter. En revanche une médiatrice, de mon point de vue, elle ne travaille pas sur prescription médicale. Elle travaille sur proposition médicale, ce qui n'est pas pareil. /.../ Elle a véritablement ... un domaine de... d'intervention autonome qui est important. Ça ne veut pas dire pour autant qu'elle peut faire n'importe quoi. Elle doit référer de ce qu'elle fait à l'équipe, elle doit travailler en coordination. Mais elle n'est pas soignante, elle n'est pas sous autorité hiérarchique ni infirmière ni non plus une paramédicale... tenue à être aux ordres du médecin. (médecin-chef)

Hésitation sur les lieux d'emplois

Un groupe professionnel se définit rarement par un type d'emploi unique : les groupes professionnels de médecins et d'infirmières peut être de statut salarié de la fonction publique, salariée de droit privé ou libéral.

C'est ce que propose d'ailleurs initialement le cursus de formation à Paris VIII : " "Médiateur santé/pair" au sein du programme du CCOMS pour une durée de 24 mois. Puis, pour la suite, possibilité d'être attaché à des établissements de santé mentale, des associations, ou des collectivités territoriales ».

Mais lors de discussions tâtonnantes autour d'un référentiel de compétence fin 2012, seul le statut la fonction publique est envisagé, et uniquement donc dans les services psychiatriques. Le Dr Roelandt semble attaché à une définition du MSP comme professionnel de santé dans l'hôpital public, car les objectifs de l'expérimentation sont bien pour lui une transformation des services de psychiatrie.

Mais cet avis n'est pas partagé, et de moins en moins, par les MSP qui sont plusieurs à exprimer l'avis qu'ils auraient pu être embauchés dans des associations, ou qu'ils iront ultérieurement travailler dans des associations⁷⁵. Et en tout cas que le groupe professionnel, s'il se développe, le sera dans des formes d'emplois diverses. (Journées 12-13 février)

IV- Perspectives et conditions de professionnalisation

⁷⁵ Les associations permettent peut être le mieux d'inscrire la recherche militante d'un bien commun à partir d'expériences personnelles et de savoirs profanes (Laville Sainsaulieu 1997.) et offrent aujourd'hui les meilleures garanties d'autonomie professionnelle.

Je voudrais terminer cette réflexion par quelques éléments de prospective : analyser les conditions auxquels, en fonction du contexte français actuel, pourrait se faire, malgré les obstacles et les difficultés décrites, l'institutionnalisation du métier. Cela implique préalablement de dire quelques mots de la question du salaire et du rapport aux groupes professionnels voisins.

IV,1- La question du salaire

Actuellement le MSP est sur un poste budgétaire d'« adjoint administratif » catégorie C.

Rappelons que dans les métiers hospitaliers, on trouve

- en catégorie C : AS, ASH, aide médico-psychologique,
- en catégorie B : infirmier ancien statut, ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, diététiciens psychomotricien, éducateur spécialisé, moniteur éducateur.
- en catégorie A : infirmiers nouveau statut ⁷⁶, cadres, psychologues, médecins.

Si l'on admet, par hypothèse, que le travail des MSP dans les secteurs de psychiatrie publique produit une réduction des hospitalisations et des couts des soins, vu que, d'un autre coté, leur embauche a un certain cout : emploi+ temps de formation spécifique+ temps de suivi et de supervision par les équipes (qui est relativement important⁷⁷), il est probable que l'opération ne s'équilibre que si les salaires des MSP restent modestes (catégorie C)

IV,2- La délicate question des groupes professionnels voisins

Les travaux de sociologie des professions montrent bien que l'institutionnalisation d'un nouveau métier ne peut s'opérer que si elle rend service aux groupes professionnels voisins. C'est ce qui a fait le partage entre les « médiateurs conjugaux » qui ont réussi leur professionnalisation et les « médiateurs sociaux » qui ne l'ont pas encore faite, malgré le soutien des employeurs et un nombre d'emplois non négligeable. Je cite un peu longuement ce texte de Divay 2012

⁷⁶ (1er échelon) Une IDE gagne un peu plus 1551,15 € brut, une aide-soignante gagne 1370,57€ brut une assistante sociale gagne 1426,13 €, un cadre de santé 1759,51 € brut

⁷⁷ Sur un site, le temps d'encadrement du travail MSP est jugé trop lourd alors que par ailleurs l'équipe a des postes non pourvus.

** Le recrutement des médiateurs a été majoritairement localisé, ethnicisé et sexué (Divay, 2004). En un mot, le modèle des « grands frères », déjà appliqué dans certaines banlieues (Duret, 1996), a inspiré les responsables des équipes qui ont parié sur l'efficacité de la logique du semblable.....*

Ces jeunes salariés, en emploi aidé, se sont heurtés à un manque de reconnaissance tant de la part de leur public que des professionnels établis de longue date dans les quartiers (travailleurs sociaux, chauffeurs de bus, enseignants, etc.). Au fil du temps, certains professionnels, tels que les contrôleurs de bus ou les assistantes sociales, ont pu trouver un intérêt dans la présence de ces médiateurs, souvent parce qu'ils leur déléguaient du « sale boulot » (Hughes, 1996) ou du « boulot en trop ». En revanche, les médiateurs n'ont pas réussi à conquérir la confiance des agents de la police nationale, qui ne sont pas parvenus à leur accorder une quelconque crédibilité tant ces jeunes agents évoquaient pour eux les jeunes auteurs de délits des quartiers.

Face à de telles difficultés, les employeurs et responsables institutionnels ont cherché à améliorer la professionnalité de ces médiateurs. Des formations spécifiques à la médiation sociale ont été instaurées et des diplômes créés, diplômes qui ne sont toutefois pas encore exigés pour exercer de telles fonctions.

En comparaison, les médiateurs conjugaux, dont les emplois apparus à peu près en même temps, réussissent l'institutionnalisation de leur métier, notamment par la création d'un diplôme d'Etat, car ils rendent service aux avocats, aux juges etc. Le sentiment de l'utilité d'un nouveau groupe professionnel du point de vue des groupes professionnels voisins, notamment ceux qui sont en position dominante, est indispensable. Il faudrait donc que les MSP, comme acteurs individuels et comme acteurs collectifs, puissent faire la preuve de leur utilité (sans concurrence de territoire) auprès des groupes professionnels dominants ou voisins, psychiatres, infirmiers, psychologues.

Or on se trouve ici devant un paradoxe (déjà souligné par Pasquier et Rémy) « On peut, arrivés à ce point, comprendre une première difficulté du rapport de ces nouvelles activités de médiation avec les institutions existantes. Celles-là prospèrent dans les insuffisances de celles-ci et la reconnaissance des premières par les secondes peut prendre l'aspect d'un aveu les amenant à se remettre en question dans leurs principes fondamentaux ». Il faudrait donc que les professionnels en place voient dans les MSP ni des porteurs de remises en cause et de reproches ni des concurrents, mais des travailleurs complémentaires. Or la logique et la rhétorique militantes du

programme sous-entendent souvent plus des remises en causes que des complémentarités.

IV, 3- Les stratégies possibles de professionnalisation

La voie de la professionnalisation sur la base de la qualification est en général, sauf exception, longue. Elle demanderait la création d'un diplôme d'état, protégeant le métier. La création d'un diplôme d'état est un long parcours. Il impliquerait que, notamment pour l'accès à la fonction publique hospitalière, que soit résolu la question de l'accès spécialisé au diplôme.

Avoir été malade est en effet, comme les soulignent les syndicats infirmiers, une condition qui est dérogatoire par rapport à tous les modes d'accès à la fonction publique. Comment faire entrer le critère "avoir été malade « dans un diplôme d'état ? Il me semble que la seule voie juridique serait de le faire au nom du handicap. Le handicap, et les mesures compensatoires qu'il déclenche sont effectivement un dispositif dérogatoire officiel dans le droit public français.

Mais faut-il réduire le dispositif MSP à des personnes estampillées « handicap psychique « et touchant l'AAH ? Ce serait une inflexion par rapport au dispositif expérimental, ou seule une petite partie des MSP touchait l'AAH et ou plusieurs d'entre eux ont eu auparavant « seulement » des dépressions. Il faudrait en apprécier les conséquences.

Une voie peut être plus courte serait de viser une professionnalisation qui articule qualité et compétence. Ce serait possible à plusieurs conditions

1) articuler dans la description du métier le positionnement expérientiel, et la posture éthique aux compétences

Car la seule logique compétence semble bien impuissante à spécifier et objectiver ce qui relève d'un regard, d'une écoute particulière, une certaine façon d'être « du côté de l'utilisateur » par rapport à l'institution hospitalière, c'est à dire finalement d'une éthique.

Cette éthique et ce positionnement devraient être formalisés.

2) formaliser les compétences à partir du savoir expérientiel actuel, qui est encore à développer

La mise en route trop rapide de fiches de fonction ou de tentatives de décrire des

compétences selon une logique modélisatrice, descendante, fait l'économie du travail d'échange sur les pratiques, de construction d'un clinique, non pas à partir du savoir expérientiel passé (la maladie, le rétablissement), mais à partir du savoir expérientiel actuel : faire le MSP dans un service de psychiatrie.

Il faudrait que les MSP travaillent individuellement et collectivement. C'est à dire que chacun

1) fasse son expérience de la relation avec les malades, éprouve "l'ordre de l'interaction", pour reprendre l'expression de Goffman.

2) procède à des échanges sur les pratiques avec ses collègues, échanges s qui ne soient pas guidées par des normes a priori, mais après le constat de ce qui marche et qui ne marche pas.

3) parvienne à l'écrire (en ce sens le mémoire professionnel qui aurait pu être l'occasion de telles écritures est apparu beaucoup trop tôt)

J'ai été frappée lors du focus group du 11 février et de ma question sur l'usage de l'autodivulgence (autodivulgence de la maladie personnelle et /ou du processus personnel de rétablissement) dans le travail, que cette question n'avait pas été travaillée auparavant dans le groupe lors des regroupements COPILs. Or pourtant, c'est une des questions cliniques importantes, car les MSP découvraient leurs positions respectives. Les prises de paroles montraient des pratiques extrêmement variées. Un MSP dit : très souvent. Un autre : jamais. Un autre : au début, beaucoup, maintenant, de moins en moins. Nous n'avons pas eu l'occasion lors du focus group d'approfondir la question posée : si l'autodivulgence est utile, dans quelles circonstances et à quelle condition ? L'état d'avancement de la recherche ne permet pas d'aller plus loin sur ce point. Il se peut aussi que les éthiques personnelles des MSP et leur conception en acte de la relation aux patients soient trop diverses, parce qu'encore insuffisamment débattues.

D'autre part il faudrait pouvoir lister des lieux et des moments d'intervention spécifiques. Un cadre (entretien LD non encore transcrit) m'en a suggéré plusieurs

- la présence du MSP lors de l'annonce du diagnostic
- l'expertise du MSP concernant les questions d'architecture, ameublement...

Ce listage devrait procéder, non pas en cherchant les points communs, mais en visant d'abord l'exhaustivité des possibles.

Tous ces lieux moments devraient donner lieu à la formalisation d'une clinique ou d'une technique.

3- construire un acteur collectif.

Un groupe professionnel n'existe pas, je l'ai dit au début de ce texte, sans construction d'un acteur collectif, par le biais d'outils divers : syndicat, association, site Web, forum de discussion, des « Médiateurs de santé pairs en santé mentale ou "pair aidant professionnel en santé mentale ".

Si des liens forts existent au sein du groupe (chacun prend régulièrement des nouvelles des autres), l'acteur collectif n'existe pas (encore), la tolérance aux divergences est faible et, en tant que groupe, les MSP sont peu autonomes par rapport au CCOMS.

Il faudrait donc qu'ils deviennent autonomes et défendent eux-mêmes leurs intérêts, que le groupe s'élargisse aux médiateurs de " Housing first", à certains salariés dans les GEM ou autres associations pour agrandir le cercle de la profession.

Cette construction d'un acteur collectif implique aussi, comme condition supplémentaire, que les MSP de la promotion 2013 soient relativement stables dans leurs emplois. Non que je crois à des licenciements supplémentaires. Mais je pense plutôt à des départs volontaires (retraite pour plusieurs d'entre eux dans deux ou trois ans, ou envie de nouvelles aventures maintenant que la réinsertion professionnelle est établie. La volatilité des individus (et donc la non transmission de l'expérience des pionniers) est rarement compatible avec l'émergence d'une profession.

IV,4- Une stratégie à relativiser

Je voudrais terminer en montrant les limites de la stratégie initiale « création d'un nouveau métier ». Certes, il s'agit là d'une idée régulatrice positive, qui a soutenu le moral et l'imagination des MSP, leur implication dans la formation et dans le stage : ils étaient en train d'inventer quelque chose d'inédit et d'utile, ce qui est somme toute assez exaltant.

Mais il faut en voir aussi les petits effets pervers.

1) Certains voyaient dans la définition du métier une urgence, voire une priorité, que ce soit du côté des cadres de santé ou même de certains MSP

MSP : « je ne me suis jamais sentie faire partie de ce personnel parce que je ne trouvais pas ma place, étant donné que ce métier n'était pas encore construit, aucun poste n'était établi, donc forcément...

Elle aurait préféré que le métier soit défini, ce qui fait qu'après, elle aurait pu

opposer sa définition aux équipes. On peut penser que cette priorité est due aux habitudes bureaucratiques ou technocratiques de la logique compétence. Cela ne facilite pas l'invention d'une *place*.

2) Du temps a été passé à essayer de fabriquer fiche de poste et référentiel de compétence de manière synthétique, descendante et trop tôt normative, au lieu de partir des places réelles, des pratiques réelles et d'une entraide sur le comment trouver la *juste place* du MSP dans chacun des lieux.

La normativité du CCOMs est en partie une réponse à la demande de cadres venant de diverses instances étatiques et de défense par rapport aux attaques des syndicats infirmiers⁷⁸. Mais elle est aussi le produit de sa représentation idéologique du métier de MSP et de la manière de prouver l'efficacité de celui-ci (notamment l'introduction d'une recherche quantitative dont la rigidité stresse MSP et équipes).

Quelles qu'en soient les causes et quelle que soit la possibilité concrète d'une autre stratégie, une conséquence de la normativité précoce est que des blocages apparaissent là où ils n'existaient pas.

Lors d'une première visite, les relations de Delphine avec l'équipe semblaient bonnes. Le psychiatre dit (en résumé) « je me suis rendue compte, il ne faut pas fixer des objectifs à D comme si elle était soignante. La laisser avoir des contacts avec les patients sans fixer d'objectifs, et on verra. On a donc changé de méthode donc pour l'insertion de Delphine. Qui a porté ses fruits Maintenant elle est vraiment pair aidante. Elle a trouvé sa place. Ce qu'elle apporte ? Elle apporte dans les discussions le point de vue du patient, sa singularité. Un rapport particulier aux patients, qui sont moins en négociation avec elle. Elle va passer à 80%. Ils hésitent entre plusieurs pistes. VAD ? Entretien au CMP ? »

Un mois plus tard, à l'occasion d'un regroupement, j'ai une discussion LD Delphine. Elle dit : « Cela a complètement changé, l'ambiance, depuis que tu es venue. J'ai parlé de prescription médicale. J'ai, ailleurs, ils font des prescriptions médicales pour le MSP, c'est ce que recommande le CCOMS. Ça a jeté un froid. Les infirmiers m'ont dit, mais qu'est ce qu'il y aurait dans la prescription médicale. ET ça s'est tendu. Je suis allée voir la cadre de santé et elle a dit qu'elle comprenait les deux parties ».

L'observation in situ suivante un mois plus tard a confirmé la crise des relations de Delphine avec les infirmières, y compris sa référente.

Il est probable que l'absence de normativité du CCOMS quant à la fonction de MSP aurait permis à cette MSP précise de continuer à construire une place spécifique.

⁷⁸ On peut faire l'hypothèse que la responsabilité des syndicats infirmiers et de leur opposition au programme est grande dans ce processus.

Il faut garder en tête que l'existence d'une professionnalisation, autrement dit de l'institutionnalisation d'un nouveau métier, n'est pas indispensable à la durabilité individuelle des emplois, ni à l'élargissement du nombre de postes, ni à la réalisation concrète du travail, même si, il est vrai, elle en diminuerait la marginalité et en faciliterait la reconnaissance sociale (reconnaissance sociale que, en même temps, elle présupposerait). Et la durabilité individuelle des emplois pour laquelle il faut que chacun trouve sa place et montre son utilité dans des conditions concrètes de vie des services, est la priorité pratique actuelle pour le groupe, à la date où nous écrivons.

Bibliographie

- Abott A 1988 *The système of professions*, university of chicago Press
- Barthélémy F., (2004), « Médiateur social : dynamique de fabrication d'une pratique professionnelle », *Esprit critique*, volume 06, n°3,
- Beaumont C., 2005, « La médiation entre pairs pratiquée par les élèves en difficulté », *Les politiques sociales*, n° 1-2, p. 95-103.
- Bonafé-Schmitt Jean-Pierre « Évaluation des effets des processus de médiation », *Informations sociales* 2/2012 (n° 170), p. 122-129.
- Demailly L., 1994, "Compétence et transformation des groupes professionnels" in *La compétence : mythe, construction ou réalité?* Dir. MINET (F), PARLIÈR (M), WITTE (S. de), l'Harmattan, Paris
- Demailly L., 2002, "La rationalisation du traitement social de l'expérience", *Revue des Sciences de l'éducation*, volume XXVII, numéro 3, Montréal, Québec avril, p.523--542
- Demailly L., 2003, "Une spécificité de l'approche sociologique française des groupes professionnels : une sociologie non clivée" in *Knowledge, Work & Society / Savoir, Travail et Société* n°2, p 107-128
- Demailly L., 1987, "La qualification ou la compétence professionnelle des enseignants" *Sociologie du travail* XXIX 1
- Demailly L., 1994, "Compétence et transformation des groupes professionnels" in *La compétence : mythe, construction ou réalité?* Dir. MINET (F), PARLIÈR (M), WITTE (S. de), l'Harmattan, Paris
- Divay S. & C. Gadéa (2003), « Quand la Jeunesse devient une compétence », *Research networks* 15, *Sociology of professions*, 6th ESA Conference, Murcia
- Divay S., 2004, « Quand les compétences ethnicisées facilitent l'insertion professionnelle », *Hommes & migrations*, n° 1249, mai-juin, p. 87-96
- Divay Sophie « La professionnalisation dormante de la médiation sociale », *Informations sociales* 2/2012 (n° 170), p. 102-108.
- Dubar C.(1995), *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Éditions Armand Colin
- Duret P. (1996), « Gratuité et professionnalisation dans le travail social : le cas des grands frères », *Revue française des affaires sociales* n°3
- Goffman E. (1972), « Role distance », *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*, Penguin University Books
- Goffman E. (1983), « L'Ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris, Éditions Seuil/Minuit
- Goffman E. (1983), « L'Ordre de l'interaction », *Les moments et leurs hommes*, textes recueillis et présentés par Yves Winkin, Paris, Éditions Seuil/Minuit

- Hughes E.-C. (1997), *Le Regard sociologique. Essais choisis*, textes réunis et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Presses de la Maison des Sciences de l'Homme
- Jeannot G. (2005), *Les Métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Éditions Octarès
- Latreille G. (1980), *La naissance des métiers en France : 1950-1957. Etude psychosociale*. Presses Universitaires de Lyon
- Laville J.-L. & R. Sainsaulieu (1997), *Sociologie de l'association*, Paris, Éditions Desclée de Brouwer
- Martin J.-P. « UN RAPPORT DE PROPOSITIONS À UN MINISTÈRE DES COMPTES La santé des personnes sans chez-soi, rapport au ministre de la Santé dit rapport Girard » ERES | VST - *Vie sociale et traitements* 2010/2 - n° 106 pages 128 à 132
- Milburn P. (2002), *La Médiation : expériences et compétences*, Paris, Éditions La Découverte,
- Pasquier S. et Rémy J., 2008, « Être soi peut-il être professionnel ? Le cas des médiateurs sociaux », *SociologieS*,
- Stébé J.-M. (2005), *La Médiation dans les banlieues sensibles*, Paris, Presses Universitaires de France, collection Le lien social
- Strauss A. (1991), « La Dynamique des professions », *La trame de la négociation*, Paris, Éditions L'Harmattan
- Trépos J.-Y. (2003), *Sociologie de la compétence professionnelle*, Presses Universitaires de Nancy

Chapitre X - Vision de soi et du métier dans les mémoires des MSP. Claire Bélart

A partir de 18 mémoires de fin d'étude rédigés par des candidats au statut de Médiateur de Santé Pair, quatre thématiques sont régulièrement traitées : la définition du métier de MSP et les usages du savoir expérientiel, le rapport avec les autres professionnels et le rôle du MSP dans l'équipe soignante, le rapport aux patients et la notion de distance, la représentation de l'avenir du MSP. Nous proposons de rendre compte des discours des MSP sur chacune de ces thématiques.

I-La définition du métier de MSP et les usages du savoir expérientiel.

- « Devenir médiateur de santé pair c'est avant tout vouloir être là pour aider des personnes à construire leur processus de rétablissement, à reconquérir leur autonomie de choix pour vivre quelque chose de l'ordre du satisfaisant dans la vie en général. » (Bryan).
- « Être là avec la particularité d'être passé par là, par ces étapes qui se ressemblent, par les mêmes murs, les mêmes enfermements, les mêmes contentions et camisoles chimiques, pour beaucoup d'entre nous, et vivre ce processus, le construire jours après jours dans notre environnement, donc pouvoir conseiller ceux qui se cherchent et le cherchent. » (Bryan).
- « Peer support worker, peer specialist, pair aidant, médiateur de santé pair en France, autant de noms qui suggèrent le vécu, le support, l'aide apportée, tout ce travail basé sur une solide expérience, se muant au cours de la pratique et de l'apprentissage de notre métier en savoir expérientiel permettant de conseiller. » (Bryan).
- « Devenir pair aidant c'est accepter de se raconter, de répondre avec la plus grande honnêteté aux questions, d'éclairer d'une expérience, d'un vécu, une personne à

l'heure de ses choix pour que celle-ci les fasse et construise son parcours dans la liberté, première base de l'autonomie. » (Bryan).

« Devenir médiateur de santé pair c'est choisir de faire d'une activité pratiquée quotidiennement et que l'on maîtrise pour soi : la gestion de la vie avec un trouble de santé mentale, une activité professionnelle en entraînant d'autres personnes à faire de même, en les conseillant, en leur apportant aide et soutien dans les moments difficiles et aussi en partageant leurs joies souvent. » (Bryan).

« Je dis devenir et non être médiateur de santé pair car il ne suffit pas d'être porteur d'un trouble, d'être en rétablissement, pour être par extension pair aidant. On le devient par un travail important, un apprentissage à la fois théorique et pratique, un travail sur soi intense, l'apprentissage d'un environnement de travail dans lequel on doit se fondre pour former une équipe complète d'accompagnement au rétablissement ». (Bryan).

« Un usager devenu « acteur de son rétablissement » » (Victor).

« Il n'y a pas de définition universellement reconnue à la formule de « pair-aidant », mais le terme fait généralement référence à un soutien mutuel offert par des personnes ayant traversé des expériences de vie similaires et difficiles ». (Victor).

« La particularité du médiateur de santé / pair est bien d'avoir été lui-même patient, rétabli ou en phase de rétablissement, et d'utiliser cette expérience dans ses accompagnements. » (Tamara).

« La particularité du MSP est de s'appuyer comme technique professionnelle sur son expérience personnelle des troubles psychiques, sur son propre rétablissement et sur la façon dont il a recouvré la santé » (Wanda).

« Parce qu'il a lui-même été confronté au fait d'avoir eu des troubles psychiques et qu'il a pu les surmonter, son expérience est un atout supplémentaire dans les démarches de prises en charge des « usagers » par les équipes psychiatriques et médicosociales ». (Wanda).

« La spécificité du médiateur Pair est celui d'incarner un modèle de rétablissement dans lequel les usagers peuvent se reconnaître » (Wanda).

« Le MDSP est un vecteur d'espoir » (Nadège).

« Pour que les patients acceptent leur traitement, écoutent leurs psychiatres, il faut qu'ils soient mis en confiance, rassurés ou informés et que l'on tienne compte de leurs souhaits. Ce sont les MDSP qui peuvent jouer ce rôle ». (Nadège).

« Les MDSP sont [...] les porte-parole d'usagers qui n'ont plus le goût, les forces de

- se battre contre la maladie. » (Nadège).
- « La fonction du médiateur est de créer ou de recréer du lien avec la société pour les professionnels et/ou pour les usagers avec un regard d'usagère. » (Laurie).
- « Les médiateurs de santé pairs sont des personnes ayant fait l'expérience de troubles psychiques dans le passé et qui sont recrutés, à ce titre, dans les équipes de psychiatrie pour proposer un accompagnement spécifique aux personnes vivant avec un trouble psychique. » (Denise).
- « Le médiateur de santé a un rôle de facilitateur pour les usagers des services de santé mentale. » (Denise).
- « Nous avons un regard réflexif sur le passage de nos troubles. » (Laurie).
- « Se servir de son expérience correspond à une nouvelle compétence qui est de faire avec et même autrement avec son symptôme. » (Laurie).
- « Nous, nous avons un savoir expérientiel. Il est profane, il vient du fait que l'on a fait l'expérience de l'hospitalisation et il permet une meilleure empathie vis-à-vis des différents problèmes qu'éprouvent les patients. » (Lucienne).
- « Le projet de MSP c'est une nouvelle manière d'envisager le soin et qui consiste à travailler avec des personnes ayant une expérience significative de rétablissement d'un trouble psychique. » (Denise).
- « Au côté des usagers, je discute librement de mon expérience en psychiatrie, notamment des traitements médicamenteux, des chambres d'isolement, des injections, des consultations avec les médecins. J'apprécie que l'on me considère comme une personne, un salarié à part entière et non comme une « ex-malade » de la psychiatrie même si cela est mon outil de travail. [...] Je ne dévoile pas totalement mon savoir expérientiel auprès des usagers. Je reste prudente dans la manière de l'utiliser. » (Denise).
- « Les MSP savent ce qui les a aidé, ce qui les aide, ce qui leur nuit et ce qui leur manque. C'est ce savoir qu'ils vont partager. » (Déborah).
- « Les MSP sont capables de se mettre à la place de l'utilisateur. Dans le cadre du service de soin, ils amènent un regard différent, nouveau et proposent des stratégies qui ont fonctionné pour eux. Ils peuvent intervenir et au besoin répondre aux questions des membres de l'équipe qui recherche un éclairage à partir de leur savoir expérientiel ». (Déborah).
- « Le MSP apporte un nouveau modèle de pratiques. Il influe sur son environnement à partir de sa vision d'ex usager. Il possède des talents, des connaissances et peut

être même des qualifications pour aider différemment les usagers. Il faut qu'il puisse exercer ces habiletés. Avoir vécu l'expérience dévastatrice de la maladie mentale et de ses innombrables conséquences physiques, psychologiques et sociales ainsi que les embûches pour se rétablir est un atout majeur pour aider d'autres personnes actuellement dans la tourmente. » (Déborah)

« Au même titre que les autres intervenants, le MSP n'est pas obligé de divulguer sa vie privée. Par contre, selon les situations qu'il rencontre, il peut en dévoiler certains contenus pertinents sur le plan clinique dans le but de poser des points d'ancrage pour aider la personne qu'il accompagne à reprendre le contrôle de sa vie. De ce point de vue, le médiateur de santé « pair » est avant tout un éducateur. » (Déborah).

« Le MSP observe, s'efforce de comprendre, respecte le rythme de l'usager. Il ne juge pas et partage son expérience uniquement dans la perspective de favoriser chez son pair une reprise de son pouvoir d'agir et de faire des choix qui l'aideront à se rétablir. » (Déborah).

« Je considère que les personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé mentale peuvent apporter et partager une expérience de vie spécifique et positive, pour soutenir et accompagner leurs pairs dans leur rétablissement ». (Albert)

« Définir les contours de mon champ d'intervention me semble très difficile, je définis alors le quotidien comme autant de pratiques possible, puisque la réhabilitation s'inscrit dans cet espace, en prenant en compte tout ce qui peut s'y dérouler ». (Albert).

« Il y a entre deux personnes qui connaissent les mêmes souffrances une identification immédiate. Nul besoin de chercher la longueur d'onde. C'est un espace relationnel et de communication singuliers qui n'appartient qu'à eux et où les autres se trouvent étrangers. C'est à l'intérieur de cet espace que la confiance, l'identification et l'espoir naissent, ce qui concourt à donner le désir d'oser changer. [...] Je sais que je ne peux pas changer l'autre. Mais, je sais que je peux lui faire de mon expérience qui pourra, peut-être, lui être utile ». (Christian).

« Le MSP est le reflet du miroir pour le chemin qu'il a entrepris vers le rétablissement. Il est le guide, le tuteur pour les souffrants. Il est l'espoir, l'autodétermination, l'égal à égal, l'acceptation, le choix et l'option, la participation, le savoir expérientiel ». (Roland).

« Le MSP n'emploie jamais un langage clinique ou médical. Il a une ouverture d'esprit en acceptant d'autre. Il a une stratégie dans la simplicité qui permet un accès à plus de personnes » (Roland).

« Le MSP permet d'accompagner les personnes qui sont enfermées dans le système psychiatrique, leur redonner espoir grâce à son savoir expérientiel qui est aussi un atout pour son statut en santé mentale ». (Roland).

II- Le rapport avec les autres professionnels et le rôle du MSP dans l'équipe soignante.

« Vouloir conseiller tant les malades que les professionnels du secteur, apporter une autre vision des situations dans une équipe forcément pluridisciplinaire et permettre ainsi un autre positionnement d'équipe auprès de la personne avec comme objectif d'être toujours plus respectueux de sa dignité. » (Bryan).

« Conseiller, tant les malades que les professionnels du secteur, apporter une autre vision des situations dans une équipe forcément pluridisciplinaire et permettre ainsi un autre positionnement auprès de la personne ». (Bryan).

« Non pas remplacer des professionnels qui feraient mal, c'est stupide nous ne serions pas là pour en parler si tel était le cas, mais bien apporter un autre champ d'expertise dans l'équipe pour l'enrichir et progresser vers ce qui doit être le but de toute équipe d'accompagnement médico-social. » (Bryan).

« La pair-aidance ne se conçoit [...] que dans un réseau ». (Bryan).

« Devenir pair aidant c'est d'abord avoir accepté son étiquette médicale, en avoir compris le sens, pour mieux se comprendre, réussir à vivre de façon satisfaisante et ainsi jeter aux orties la représentation sociale de cette étiquette. » (Bryan).

« Ce qui distingue clairement les pairs-aidants des autres intervenants, c'est la particularité [...] d'utiliser et de partager le savoir expérientiel découlant de leurs propres expériences avec un trouble mental ». (Victor).

« Apporter une aide aux professionnels » (Victor).

« Collaborer avec l'équipe au décryptage des informations et des éléments de vie de la personne pour comprendre sa situation et ainsi affiner les objectifs de l'accompagnement ». (Victor).

« Les MDSP ne sont pas encore officiellement des soignants, mais ils sont des professionnels de la santé ». (Victor).

- « Les MSP ne remplacent pas les autres professionnels, mais ils participent à la pluridisciplinarité des équipes de soin. Ils s'appuient sur des « connaissances expérientielles » en santé mentale et utilisent leurs ressources personnelles et dans ce cadre le médiateur ». (Victor).
- « Le médiateur pair ne vient pas « remplacer » un autre soignant, mais propose un nouveau type d'intervention auprès des « usagers », plus axé sur un rétablissement et sur les forces du patient, plutôt que sur les symptômes et les problèmes rencontrés par les personnes ». (Wanda).
- « Le médiateur de santé pair est un plus dans l'équipe pluridisciplinaire grâce à son savoir de la maladie. » (Wanda).
- « Le psychiatre est celui qui sait (de par ses études, son expérience des patients) alors que le médiateur de santé est celui qui sait pour l'avoir vécu dans sa propre entité. » (Nadège).
- « Je participe au travail de l'équipe avec un regard d'usagère. » (Laurie).
- « Les médiateurs de santé pairs doivent favoriser l'alliance thérapeutique avec les équipes. Ils interviennent en complémentarité avec l'équipe médicale. » (Denise).
- « Le MSP est un acteur de changement à l'intérieur du système de santé. Ils n'ont pas la prétention de remplacer les services offerts, mais plutôt celle d'enrichir le fonctionnement sur la base de leur expérience. [...] Les professionnels des équipes soignantes devront prendre l'habitude de les consulter en raison de leur expertise sur le rétablissement et sur ce qui peut le favoriser. [...] Ils ont donné du sens à leur souffrance et ils peuvent être considérés comme une valeur ajoutée pour les structures pour lesquelles ils travaillent autant que pour leurs pairs. En apportant leur témoignage et leur contribution à leurs collègues, ils augmentent leur sensibilité et leur compréhension du vécu des personnes suivies » (Déborah).
- « Le MSP ne veut ni ne doit tomber dans le piège qui consisterait à mimer ses collègues, il en perdrait en spécificité. Il lui sera toujours utile de se souvenir qu'il a été engagé pour apporter une expertise nouvelle et différente. » (Déborah).
- « Pour une équipe, travailler avec un MSP permet d'appréhender le rétablissement non pas comme concept flou et abstrait, mais comme un fait réel ». (Déborah).
- « Le médiateur de santé pair est censé travailler au quotidien avec les équipes de soignants et participer à leurs côtés à l'accompagnement des patients vers le rétablissement ». (J-P J), un pont vers la réhabilitation » (Albert).

« Le personnel soignant [...] possède lui le savoir nécessaire au soin des patients, moi non, ce n'est pas dans mes compétences. [...] Je me situe plus dans un rôle d'accompagnateur, un passeur, un lien » (Albert).

« Le rôle du MSP est tout à fait différent de celui du professionnel de santé. Le MSP noue un lien d'authenticité et de confiance avec les souffrants. Sa simple présence, son témoignage, son expérience suscitent l'espoir. Le rôle du MSP est également d'être un agent de changement à l'intérieur des services de la santé mentale. Toutefois, il n'a pas la prétention de remplacer les services existants » (Roland).

« Le MSP n'est pas dans la logique du soin, cela appartient à l'hôpital et à ses structures. Il est une expérience, un témoignage qu'il met au service des autres afin de leur permettre de retrouver le rétablissement le mieux possible ». (Roland).

III- Le rapport aux patients et la notion de distance.

« Le positionnement du médiateur peut se situer entre deux pôles comme un curseur qui peut se déplacer entre objectivation du patient et identification au patient. » (Tamara).

« Il a donc pour mission de tisser un lien de manière à trouver un langage commun entre « la maladie du psychiatre » et celle du patient ; dans le but de replacer le sujet en position d'acteur de sa maladie. » (Tamara).

IV- La représentation de l'avenir des MSP

« Si le métier est pérennisé, il faudrait qu'une majorité de médecins nous fassent confiance et qu'ils prescrivent des entretiens aux usagers. Il faudrait aussi lever les limites qui nous ont été imposées jusque-là. D'une part, permettre aux MSP comme aux autres professionnels l'accès à Cariatide afin qu'ils puissent réellement comprendre le parcours des usagers auxquels ils viennent en aide. D'autre part, il faudrait qu'ils puissent mener des entretiens en tête à tête pour faciliter et approfondir les échanges. » (Déborah).

« Je ne vois pas pourquoi nous devons nous démotiver face aux problèmes et aux inquiétudes quant à l'avenir. [...] C'est à force de rêver ce que l'on aimerait être que l'on finit par le devenir : médiateurs de santé « pairs » professionnels. »

(Déborah).

« Si les diverses actions des médiateurs de santé pairs s'avèrent probantes, je crois qu'il faudra alors accorder aux MSP une reconnaissance en leur accordant une part entière au sein des équipes et des réunions pluridisciplinaires. » (Lucienne).

« Il reste pour les équipes de recherche à formaliser, mais humainement et au niveau de l'insertion dans un groupe « ordinaire » le challenge est, je pense, gagné ! ». (Laurie).

V- Le rapport à la souffrance personnelle.

« Etre pair aidant c'est vouloir aider d'autres comme soi à faire de même, à trouver en eux les forces, mais avant tout l'envie de construire quelque chose, alors que cela fait souvent longtemps que cet espoir a disparu. » (Bryan).

« Devenir médiateur de santé pair est une partie même de mon rétablissement en ce sens que j'y trouve une organisation de vie incluant ma vie professionnelle. » (Bryan).

« Avec les autres soignants, je n'aborde pas mon trouble psychique. L'essentiel c'est le partage de mon savoir expérientiel avec les usagers » (Denise).

« J'ai éprouvé la maladie. Je l'ai vécu de l'intérieur. Il y a de la souffrance pour sortir de la souffrance et aller vers le mieux-être, une espèce de naissance ou de renaissance. [...] Grâce aux groupes de parole, j'ai commencé à me resocialiser, à créer des liens. Je n'étais plus seul, l'identification a fonctionné. Si c'est possible pour eux, cela doit l'être aussi pour moi. Ceux qui se rétablissaient depuis plus longtemps que moi m'ont transmis l'espoir d'un mieux être possible, d'une vie heureuse sans produit, ils en étaient la preuve vivante. J'étais en confiance. C'est ce que je recherche à faire avec mon statut de médiateur ». (Christian).

Annexe -Documents importants concernant l'évolution de la fonction

Ces deux documents ont jalonné la façon dont le CCOMS a essayé, avec un succès inégal selon les lieux, de cadrer le mode d'insertion des MSP dans les équipes.



Centre Collaborateur OMS
pour la recherche et la formation
en santé mentale (Lille, France)

Version 27/02/2012

Centre Collaborateur OMS
pour la recherche et la formation en santé mentale
Secteur 59G21 / EPSM Lille-Métropole



NOTE SUR LE SECRET PROFESSIONNEL Médiateurs de santé/pairs

Les médiateurs de santé pairs sont en formation pendant un an à compter du 16 janvier 2012. Ils alternent théorie à l'université et pratique sur sites. Ils sont arrivés dans les établissements le 6 février 2012 pour une première phase de connaissance.

Ils ont rejoint les services de psychiatrie et de santé mentale et interviennent en binôme avec un professionnel de l'équipe d'accueil (infirmier ou travailleur social). Ils rencontrent les patients sur indication médicale et avec l'accord explicite des patients concernés.

Ils n'auront pas accès au dossier des patients. La traçabilité de leurs interventions sera assurée par les professionnels de santé qui les encadrent.

Concernant le secret professionnel, celui-ci s'impose évidemment aux médiateurs de santé pairs.

La loi du 4 mars 2002 précise que "*Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé*".

Il conviendra aux équipes de ne communiquer aux médiateurs de santé pairs que les informations strictement nécessaires à leur apprentissage, dans le strict respect des droits et de l'intérêt du patient.

Je vous remercie d'appliquer ces consignes et de me faire remonter toute observation les concernant,

Cordialement

Dr Jean Luc Roelandt
Directeur CCOMS



RECHERCHE-ACTION MEDIATEUR DE SANTE/PAIR

NOTE D'INFORMATION

Bonjour,

Depuis le 16 janvier 2012, les médiateurs de santé pairs (MSP) ont suivi le programme de formation du diplôme universitaire, alternant les cours théoriques et le stage pratique sur le terrain.

Cette formation est désormais achevée et à ce jour 20 MSP sont diplômés. Cette année, en février et en octobre, ils seront conviés à deux sessions de formation de deux jours qui aborderont les principales thématiques liées à leur activité.

Comme il a été évoqué lors des derniers Comités de Pilotage (COPIL) régionaux et inter régional, **le statut des MSP diplômés a évolué à compter du 16 janvier 2013** : ils ont terminé leur année de formation et acquis une qualification de Médiateur de santé pair. Il appartient aux établissements de définir si ce parcours justifie une évolution indiciaire .

Au niveau des services, l'encadrement et les activités évoluent également. Sont joints à ce courrier, des éléments pouvant permettre aux établissements qui le souhaitent, de définir les extensions de mission qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

DÉFINITION

La médiation en santé mentale exercée par les pairs constitue une interface favorisant l'accès aux soins et l'alliance thérapeutique en psychiatrie et en santé mentale.

Le Médiateur de santé/pair est en capacité d'utiliser son vécu personnel de la maladie et son parcours de rétablissement ainsi que sa connaissance de l'utilisation des services de psychiatrie et de santé mentale..

ACTIVITÉS PRINCIPALES

Utilisant ses connaissances et son expérience personnelle de rétablissement et de recouvrement de la santé, le Médiateur de santé/pair en santé mentale, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, sur indication médicale et avec l'accord des usagers concernés :

A. Favorise l'accès aux soins

- Participe à l'information des usagers sur les différents services sanitaires, sociaux et associatifs disponibles
- Participe à la compréhension des informations sur les soins en psychiatrie
- Aide à dépasser la stigmatisation pour accéder aux soins
- Aide l'utilisateur dans le choix des services

B. Participe à l'accompagnement des usagers dans :

- les démarches en lien avec l'équipe socio-éducative
- le développement de leur autonomisation et de leurs habiletés sociales dans la cité
- leur parcours de réinsertion et de réhabilitation psychosociale
- les activités à médiation culturelle, artistique, sportive
- les activités favorisant l'insertion sociale
- Participe au travail d'accompagnement, d'aide et d'information des familles et des proches

C. Apporte un soutien relationnel

- Soutient la personne afin qu'elle puisse créer, maintenir et/ou développer un réseau social
- Aide les usagers à déterminer et atteindre leurs objectifs en fonction de leur projet de vie et de soin, facilite la prise de parole
- Encourage les choix professionnels des usagers
- Favorise les actions de dé-stigmatisation et aide les usagers en situation de discrimination
- Facilite l'intégration des personnes dans des groupes d'entraide mutuelle et les associations
- Favorise le maintien dans des réseaux sociaux (famille/amis/proches)

D. Facilite l'éducation à la santé

- Participe aux programmes d'éducation thérapeutique autorisés
- Facilite la communication et les échanges,
- Participe à l'information donnée aux usagers concernant l'identification et éventuellement la prévention des manifestations de la maladie
- Propose des stratégies d'adaptation, d'autonomisation et d'autodétermination

- Informe les usagers sur comment identifier et combattre la dépréciation de soi et l'auto stigmatisation (représentation négative de soi)

Le Médiateur de santé/pair en santé mentale est tenu au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

COMPETENCES ET QUALITES REQUISES

Connaissances (Savoirs) :

- Avoir du recul sur son parcours de rétablissement et de recouvrement de la santé
- Avoir une connaissance des troubles psychiques
- Connaître les dispositifs de santé mentale et leur lien avec la cité
- Utiliser son expérience de façon professionnelle
- Avoir une sensibilité à l'aide des usagers en souffrance psychique en lien avec son expérience

Savoir-faire :

- Animer des groupes dans son domaine de compétence
- Favoriser ou participer au maintien du lien entre l'usager et le dispositif de soin
- Rendre compte de son activité
- Jouer le rôle d'interface et de facilitateur entre les usagers et le système de soin favorisant la continuité des soins
- Savoir transmettre ses connaissances et son expérience du rétablissement et savoir présenter sa fonction
- Savoir participer activement en équipe pluridisciplinaire aux réunions d'équipe et communiquer ses observations
- Connaître les limites de son action
- Prendre part au travail de réseau
- S'impliquer dans les groupes de travail de l'établissement en lien avec son champ de compétence

Aptitudes relationnelles et comportementales (Savoir-être) :

- Aisance relationnelle
- Capacité de communication
- Capacité d'adaptation
- Capacité d'écoute
- Attitude bienveillante, empathie
- Capacité à maintenir une distance professionnelle
- Savoir se situer et se positionner dans l'équipe pluridisciplinaire
- Etre en capacité d'accompagner sans jugement
- Faire preuve d'ouverture d'esprit, de curiosité
- Faire preuve de mobilité et de disponibilité

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement et informations complémentaires.

Jean-Luc ROELANDT





RECHERCHE-ACTION MEDIATEUR DE SANTE/PAIR

NOTE D'INFORMATION

Bonjour,

Depuis le 16 janvier 2012, les médiateurs de santé pairs (MSP) ont suivi le programme de formation du diplôme universitaire, alternant les cours théoriques et le stage pratique sur le terrain.

Cette formation est désormais achevée et à ce jour 20 MSP sont diplômés. Cette année, en février et en octobre, ils seront conviés à deux sessions de formation de deux jours qui aborderont les principales thématiques liées à leur activité.

Comme il a été évoqué lors des derniers Comités de Pilotage (COPIL) régionaux et inter régional, **le statut des MSP diplômés a évolué à compter du 16 janvier 2013** : ils ont terminé leur année de formation et acquis une qualification de Médiateur de santé pair. Il appartient aux établissements de définir si ce parcours justifie une évolution indiciaire .

Au niveau des services, l'encadrement et les activités évoluent également. Sont joints à ce courrier, des éléments pouvant permettre aux établissements qui le souhaitent, de définir les extensions de mission qu'ils souhaitent mettre en œuvre.

DÉFINITION

La médiation en santé mentale exercée par les pairs constitue une interface favorisant l'accès aux soins et l'alliance thérapeutique en psychiatrie et en santé mentale.

Le Médiateur de santé/pair est en capacité d'utiliser son vécu personnel de la maladie et son parcours de rétablissement ainsi que sa connaissance de l'utilisation des services de psychiatrie et de santé mentale..

ACTIVITÉS PRINCIPALES

Utilisant ses connaissances et son expérience personnelle de rétablissement et de recouvrement de la santé, le Médiateur de santé/pair en santé mentale, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, sur indication médicale et avec l'accord des usagers concernés :

A. Favorise l'accès aux soins

- Participe à l'information des usagers sur les différents services sanitaires, sociaux et associatifs disponibles
- Participe à la compréhension des informations sur les soins en psychiatrie
- Aide à dépasser la stigmatisation pour accéder aux soins
- Aide l'utilisateur dans le choix des services

B. Participe à l'accompagnement des usagers dans :

- les démarches en lien avec l'équipe socio-éducative
- le développement de leur autonomisation et de leurs habiletés sociales dans la cité
- leur parcours de réinsertion et de réhabilitation psychosociale
- les activités à médiation culturelle, artistique, sportive
- les activités favorisant l'insertion sociale
- Participe au travail d'accompagnement, d'aide et d'information des familles et des proches

C. Apporte un soutien relationnel

- Soutient la personne afin qu'elle puisse créer, maintenir et/ou développer un réseau social
- Aide les usagers à déterminer et atteindre leurs objectifs en fonction de leur projet de vie et de soin, facilite la prise de parole
- Encourage les choix professionnels des usagers
- Favorise les actions de dé-stigmatisation et aide les usagers en situation de discrimination
- Facilite l'intégration des personnes dans des groupes d'entraide mutuelle et les associations
- Favorise le maintien dans des réseaux sociaux (famille/amis/proches)

D. Facilite l'éducation à la santé

- Participe aux programmes d'éducation thérapeutique autorisés
- Facilite la communication et les échanges,
- Participe à l'information donnée aux usagers concernant l'identification et éventuellement la prévention des manifestations de la maladie
- Propose des stratégies d'adaptation, d'autonomisation et d'autodétermination

- Informe les usagers sur comment identifier et combattre la dépréciation de soi et l'auto stigmatisation (représentation négative de soi)

Le Médiateur de santé/pair en santé mentale est tenu au secret professionnel et à la discrétion professionnelle.

COMPETENCES ET QUALITES REQUISES

Connaissances (Savoirs) :

- Avoir du recul sur son parcours de rétablissement et de recouvrement de la santé
- Avoir une connaissance des troubles psychiques
- Connaître les dispositifs de santé mentale et leur lien avec la cité
- Utiliser son expérience de façon professionnelle
- Avoir une sensibilité à l'aide des usagers en souffrance psychique en lien avec son expérience

Savoir-faire :

- Animer des groupes dans son domaine de compétence
- Favoriser ou participer au maintien du lien entre l'utilisateur et le dispositif de soin
- Rendre compte de son activité
- Jouer le rôle d'interface et de facilitateur entre les usagers et le système de soin favorisant la continuité des soins
- Savoir transmettre ses connaissances et son expérience du rétablissement et savoir présenter sa fonction
- Savoir participer activement en équipe pluridisciplinaire aux réunions d'équipe et communiquer ses observations
- Connaître les limites de son action
- Prendre part au travail de réseau
- S'impliquer dans les groupes de travail de l'établissement en lien avec son champ de compétence

Aptitudes relationnelles et comportementales (Savoir-être) :

- Aisance relationnelle
- Capacité de communication
- Capacité d'adaptation
- Capacité d'écoute
- Attitude bienveillante, empathie
- Capacité à maintenir une distance professionnelle
- Savoir se situer et se positionner dans l'équipe pluridisciplinaire
- Etre en capacité d'accompagner sans jugement
- Faire preuve d'ouverture d'esprit, de curiosité
- Faire preuve de mobilité et de disponibilité

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement et informations complémentaires.

Jean-Luc ROELANDT

A handwritten signature in blue ink, reading "Jean-Luc Roelandt", with a horizontal line underneath the name.