



HAL
open science

L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites

Marie Sedan-Miegemolle, Julien Grard, Carine Vassy

► To cite this version:

Marie Sedan-Miegemolle, Julien Grard, Carine Vassy. L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites. *L'Information Psychiatrique*, 2022, 98 (4), pp.286-292. 10.1684/ipe.2022.2411 . hal-04009092

HAL Id: hal-04009092

<https://hal.science/hal-04009092>

Submitted on 1 Mar 2023

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

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

L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins :
espoirs, ressources et limites

*Mental health peer workers joining health care teams:
hopes, resources and obstacles*

Ce texte est l'avant-dernière version de l'article : Sedan M., Grard J., Vassy C., 2022, L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites, *L'Information Psychiatrique*, 98 (4), p. 286-92 doi:10.1684/ipe.2022.241

Résumé :

Cette étude porte sur la formation des médiateurs de santé pairs à l'université et leur intégration dans les lieux de soins. Ces (ex-)patients en santé mentale sont formés pour travailler dans des équipes de soins comme intermédiaires entre le personnel et les usagers. Une étude par entretiens et observation a été menée avec une méthodologie inspirée de la sociologie interactionniste. La construction de cette nouvelle profession mise sur la valorisation des savoirs expérientiels et les échanges entre pairs sur leur identité professionnelle. Leur intégration dans les équipes de soins n'est pas toujours facile. La réussite passe par la préparation des équipes à l'arrivée du médiateur de santé pair et leur sensibilisation au mouvement du rétablissement.

Mots clés :

MEDIATEUR DE SANTE PAIR ; FORMATION ; RETABLISSEMENT ; TRAVAIL EN EQUIPE ; SAVOIR EXPERIENTIEL ; PAIR AIDANT

Abstract:

This study focuses on the training of mental health peer workers at the university and their integration into the care settings where they begin to work. These (ex-)mental health patients are trained to work in care teams as intermediaries between staff and users. A study using interviews and observation was conducted with a methodology inspired by interactionist sociology. The construction of this new profession relies on the valorisation of experiential knowledge and exchanges between peers about their professional identity. Their integration into the care teams is not always easy. Its success depends on the training of the teams for the arrival and their awareness of the recovery movement.

Keywords: MENTAL HEALTH PEER WORKERS; TRAINING; RECOVERY; TEAM WORK ; EXPERIENTIAL KNOWLEDGE; PEER CAREGIVER

Introduction

Depuis les années 2010, le Centre Collaboratif de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) en France promeut la participation des usagers¹ dans les services en santé mentale. Il propose que des (ex)-usagers travaillent au sein d'équipes de soin psychiatrique, comme intermédiaires entre les soignants et les soignés. Ces personnes sont nommées médiateurs de santé pairs (MSP) ou pairs aidants professionnels, sur le modèle de différentes expériences menées en Angleterre, en Australie, aux Etats-Unis et au Québec.

Mais dès le départ, des professionnels de santé, psychiatres² et infirmiers³, ont exprimé des réserves sur la création de cette nouvelle profession. L'intégration dans les équipes soignantes de personnes ayant l'expérience d'une maladie psychique leur semble impossible. Les équipes actuelles seraient trop surchargées de travail pour accompagner et intégrer ces professionnels d'un genre nouveau. En finançant ce nouveau métier, les pouvoirs publics détourneraient des budgets qui seraient mieux utilisés à recruter des infirmiers et des aides-soignants dans une situation de pénurie chronique d'effectifs.

Dans ce contexte controversé, la première promotion de vingt-neuf MSP, formée à l'université Paris 8 en 2012-2013, a eu des difficultés à travailler dans des équipes de soins. Cela a rendu leur professionnalisation incertaine (1). Suite à divers problèmes, la formation s'est interrompue. Un nouveau programme a démarré en 2018 dans un autre établissement, l'université Sorbonne Paris Nord à Bobigny, en conservant le principe de l'alternance entre les périodes de cours et de travail dans un lieu de soins.

Alors que cette université a formé deux promotions d'une trentaine de MSP, et qu'une troisième est en cours de formation, il devient possible d'analyser la portée et les limites de leur intégration dans les équipes de soins. Qu'apprennent-ils au cours de leur formation pour faciliter l'exercice de leur nouveau métier ? Comment construisent-ils leur identité professionnelle ? Se considèrent-ils comme des soignants ? Enfin quels sont les obstacles à leur intégration dans les équipes de soins ?

Pour répondre à ces questions, une enquête sociologique a été menée. Des entretiens ont été réalisés de janvier à juin 2020 avec douze étudiants (sept femmes et six hommes) MSP de la deuxième promotion de l'université Sorbonne Paris Nord, et huit professionnels (quatre femmes et quatre hommes) concepteurs de la formation et/ou enseignants. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits. De plus, une enquête par observation a été menée pendant une semaine de cours en février 2020 auprès des 31 étudiants. Dans cette période, des échanges informels ont aussi eu lieu avec les étudiants. Ce travail a fait l'objet d'un mémoire de master en sociologie de Marie Sedan, qui est aussi interne en psychiatrie, sous la supervision de

¹ Nous utilisons le terme « usagers » pour désigner les personnes recevant des soins. Nous les appelons aussi « patients », en particulier dans les citations.

² Baillon, Guy (2012). *L'Etat reconnaît son erreur sur les médiateurs de santé (ou pairs-aidants) en psychiatrie*. Le Club de Mediapart. <https://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230212/l-etat-reconnait-son-erreur-sur-les-mediateur>

³ Depoire, Nathalie (2011, 20 décembre). *Psychiatrie - Scandale du « médiateur » pour la CNI !* Infirmiers.com. <https://www.infirmiers.com/actualites/actualites/psychiatrie-scandale-du-mediateur-pour-la-cni.html>

Carine Vassy, sociologue enseignant à l'université Sorbonne Paris Nord et intervenant dans la formation des MSP (Sedan, 2020). Les résultats ont été analysés avec une grille de lecture inspirée de la sociologie interactionniste, attentive aux négociations sur les lieux de travail et à la construction des identités professionnelles (2).

Nous commencerons par présenter la formation des MSP, puis nous décrirons leur construction identitaire et leur intégration dans les services en santé mentale.

1. Une formation universitaire spécifique

Les MSP reçoivent une formation de 3^e année de licence universitaire spécifique (Sedan, Vassy, à paraître). Une grande place est laissée aux échanges entre les étudiants pendant des créneaux horaires dédiés et certains cours. Les étudiants analysent les compétences qu'ils peuvent apporter à une équipe de soin et leurs limites. Cette formation valorise les savoirs expérientiels car un grand nombre de cours sont assurés par d'anciens MSP diplômés ou des pairs aidants professionnels (qui exercent ce métier sans avoir reçu de formation spécifique). Ils partagent deux savoirs (3) : leur savoir expérientiel (le vécu d'une maladie psychique, d'un parcours de soins et d'un rétablissement) et leur expérience de travail dans les lieux de soin, qui peut être qualifié de savoir d'action. Ces anciens MSP animent des cours en binôme avec un enseignant-chercheur ou un professionnel de santé (psychiatre, psychologue). Une partie de ces cours présentent les idées du mouvement du rétablissement, qui remet en cause les pratiques de soins actuelles (4).

Ce dernier est né du mouvement étatsunien des *civils rights act* dans les années 1970 contre la discrimination raciale, religieuse et de genre. Dans un contexte contestataire, des anciens usagers ont milité pour changer les pratiques de l'hôpital psychiatrique considérées comme déshumanisantes. Ils souhaitaient améliorer les droits des patients et interdire l'hospitalisation sous contrainte (5). Par la suite, ce mouvement s'est mis à critiquer les pratiques médicales trop centrées sur les symptômes de la maladie et pas assez tournées vers la santé globale de la personne.

Dans la formation des MSP, une grande partie des cours n'est pas fondée sur les mêmes savoirs théoriques que les études des soignants. Cela n'est pas comparable à un enseignement médical ou paramédical car il y a seulement trois cours sur les troubles psychiques et un cours sur les traitements pendant toute l'année. Certains étudiants l'ont d'ailleurs regretté.

2. Travail et construction identitaire des MSP

Comme dans tout métier, et en particulier les nouveaux métiers, les tâches des MSP sur leur lieu de travail sont en partie à définir. Elles se négocient en fonction de leurs compétences et des opportunités. Les activités qu'ils effectuent influencent de manière décisive leur identité professionnelle, à leurs yeux et auprès de leurs collègues.

D'après les témoignages recueillis auprès des étudiants MSP, leur travail consiste souvent à participer à des réunions d'équipe concernant la prise en charge médico-psycho-sociale des usagers, à échanger avec le personnel et à discuter avec certains usagers en tête à tête, lorsque le personnel les a présentés l'un à l'autre. Mais il y a beaucoup de tâches

différentes selon les structures. Parfois ils se présentent directement aux personnes soignées. Dans d'autres endroits, on leur demande de créer des ateliers, ce qui amène à d'autres types d'interactions avec les usagers.

a. Savoir expérientiel et rapport aux usagers

Les principales compétences des MSP proviennent de leur savoir expérientiel et de leur capacité à le communiquer. Ils ont été recrutés par l'université et une institution de soins, qui a accepté de les embaucher en alternance pendant la formation, car ils ont développé un certain regard sur leur maladie psychique, leurs hospitalisations et les conséquences sociales de la maladie, comme la stigmatisation, la discrimination à l'emploi et le repli sur soi (6).

Cependant, leur expertise présente des limites car elle est liée à leur parcours personnel. Certains événements ont beau être fréquents pour les usagers du système de santé, l'expérience qu'en a chaque personne est unique. On peut objecter que la singularité de l'expérience pourrait faire obstacle à l'empathie et au partage d'émotions entre le MSP et l'utilisateur (7). Par exemple, une étudiante MSP a ressenti positivement l'annonce du diagnostic de sa maladie psychique. Or, elle a rencontré des personnes soignées qui ont souffert de cette annonce. Cela l'amène à interroger son savoir et l'utilité de son intervention :

« La plupart des personnes que je rencontre, que j'accompagne, vivent l'annonce du diagnostic comme un coup de massue, comme si on, on les jetait dans un fossé ou on sabrait leur vie. [...] ça ne relève pas de mon savoir expérientiel parce que moi, j'ai vraiment vécu l'annonce du diagnostic comme une délivrance [...] et c'est vrai que ça, des fois ça me pose question. » (Etudiante 4)

Les MSP peuvent être donc confrontés aux limites de la singularité de leur expérience. Certaines institutions qui les emploient considèrent que leur savoir expérientiel a une autre limite : il serait restreint à leur pathologie psychique. Des professionnels de santé ont tendance à les mettre en contact uniquement avec des usagers qui ont la même pathologie qu'eux, ce que regrette une étudiante MSP :

« Après, vu que je suis bipolaire, de temps en temps ils disent (à un usager) : ‘‘Elle, elle est bipolaire, t'as qu'à (la) voir’’. Mais alors du coup on m'adressait pas de schizophrènes ou de psychotiques. C'était en pensant que j'étais pas capable de gérer. » (Etudiante 12)

Or, selon certains observateurs, les savoirs expérientiels peuvent devenir communs et généralisables, quel que soit la maladie psychique (8). Le CCOMS défend ce principe. Il n'encourage pas les établissements à recruter un MSP qui a la même pathologie que les personnes soignées.

En plus de son savoir expérientiel, le MSP en tant qu'(ex)-utilisateur a un positionnement différent des soignants dans sa relation avec les soignés. En effet, le MSP a vécu, ou vit encore, des expériences en tant qu'utilisateur dans un établissement de soin en santé mentale. Les membres du CCOMS pensent que cette perspective peut leur permettre d'insuffler un changement de pratiques chez les professionnels de santé.

b. Être d'abord un médiateur ou un pair ?

Le CCOMS, qui s'appuie sur de nombreuses études, affirme que les MSP ont une relation plus proche et égalitaire avec l'utilisateur que les médecins et paramédicaux, qui incarnent une forme d'autorité. Les MSP doivent jouer un rôle de médiation entre les soignants et les soignés, qui est désigné explicitement dans l'intitulé de leur fonction.

Un rapport du CCOMS a mis en évidence le « bilinguisme » des MSP qui signifie la capacité à traduire le langage médical, pouvant être trop technique, à l'utilisateur (9). Un membre de ce centre pense que l'utilité des MSP, « *c'est le fait de casser la barrière symbolique entre eux (les usagers) et nous (les soignants).* » Une enseignante-chercheuse de l'Université Sorbonne Paris Nord, insiste sur cette fonction, qui serait plus importante que le partage d'expérience avec les usagers : « *Ce qui justifie les médiateurs de santé pour professionnels, c'est pas la pair-aidance [...] c'est le fait qu'ils soient levier de transformation pratique et qu'ils permettent de faire bouger les pratiques dans le milieu psychiatrique* » (Enseignante-chercheuse 2). Changer les postures des professionnels de santé serait donc une mission essentielle des MSP. L'espoir de parvenir à une relation plus égalitaire entre les soignants et les soignés est également omniprésent dans le mouvement du rétablissement. Le MSP peut ainsi « incarner » ce concept pour les professionnels de santé.

Mais ce rôle est questionné par les étudiants. Nombreux sont ceux qui s'interrogent sur le titre de MSP qui ne clarifie pas toutes les caractéristiques de leur identité professionnelle. Il y a des divergences parmi les MSP sur ce qu'est leur fonction première.

Une formatrice MSP diplômée a souligné dans son cours l'importance de cette fonction de traducteur à la différence des pairs aidants, qui n'ont pas reçu de formation :

« *L'université, ça vous offre une position de médiateur parce que vous avez un savoir académique et un savoir expérientiel. Le savoir expérientiel du pair aidant et le savoir du soignant, [...] c'est votre spécificité par rapport à la pair-aidance.* »

Mais une étudiante n'était pas d'accord avec cette définition du rôle, ni avec la formulation du titre de MSP : « *Je ne fais pas de la médiation en santé, et en plus de faire de la médiation en santé, il se trouve(rait) que je suis pair. [...] Le pair, c'est le plus important et il est à la fin d'un terme, d'un métier qui existe déjà ; c'est comme si c'était : 'ah je fais de la médiation de santé, puis accessoirement je suis pair'.* » (Etudiante 11) Des sociologues ont également montré les contradictions de cette double appellation de médiateur et de pair (10).

Une autre étudiante souligne aussi l'ambiguïté du terme MSP et la nécessité d'improviser : « *On me demande tout le temps la différence entre un pair aidant, patient expert, un MSP, et c'est flou et c'est à moi de le définir et j'ai pas les fonctions parce qu'elles existent pas.* » (Etudiante 12)

Il est d'autant plus difficile pour les étudiants MSP de définir leur statut que certains d'entre eux sont recrutés sur des intitulés vagues d'emplois de la nomenclature hospitalière, comme adjoint administratif, accompagnateur médico-social sans avoir le titre de MSP.

c. Les MSP sont-ils des soignants ?

Confrontés à la question « Etes-vous un soignant ? » posée par l'intervieweuse, les étudiants, comme les acteurs chargés de cette formation, ont des avis divergents, mais nombre d'entre eux émettent des réserves.

Un membre du CCOMS a utilisé pendant l'interview le terme de professionnel de santé pour désigner les MSP. Une chercheuse enseignante de l'université Sorbonne Paris Nord pense que les MSP sont des soignants en considérant que l'accompagnement fait partie du soin.

Mais durant les cours et entretiens, les étudiants MSP se sont questionnés sur ce statut et la majorité ne se reconnaissent pas comme des soignants et préfèrent le titre d'accompagnant. *A contrario*, une seule étudiante MSP s'est considérée comme une soignante en devenir, en associant ce terme à l'idée d'une amélioration nette de l'état des usagers.

Les étudiants MSP s'interrogent d'autant plus sur leur identité professionnelle qu'ils affrontent des difficultés sur leurs lieux de travail dans leurs relations avec les professionnels de santé. A l'inverse, leur relation avec les usagers du système de santé n'est pas signalée comme difficile.

3. La résistance des soignants à l'arrivée des MSP

a. Ecart entre la théorie et les pratiques de travail

Plusieurs étudiants MSP ont fait part du décalage entre la théorie sur les « pratiques orientées rétablissement », dont les formateurs MSP, des psychiatres et psychologue parlent en cours, et ce qu'ils ont observé dans leurs lieux de travail. Un des principaux écarts se matérialise dans la politique du risque zéro dans les unités de soin.

Cette politique cherche à prévenir au maximum le risque que l'utilisateur fasse du mal à lui-même ou à autrui. Cela entraîne des mesures parfois radicales avec des contraintes entravant la liberté, tels que les soins forcés à l'hôpital, la contention physique ou chimique, et la chambre d'isolement. Cela est incompatible avec le mouvement du rétablissement où la prise de risques fait partie de l'accompagnement de l'utilisateur, ainsi que la priorité donnée au fait de suivre ses envies (11). Un étudiant MSP a constaté cette difficulté qu'ont les soignants à prendre des risques et il ne considère pas possible de modifier seul les pratiques.

« Je suis un peu des fois outré parce qu'entre la théorie qu'on apprend en cours sur les grands principes du rétablissement et la pratique des infirmiers qui raisonnent vraiment en termes de, de sécurité pour le patient, y a des fois un grand écart. Mais du coup, voilà je me rends compte que je vais, je peux pas tout révolutionner. » (Etudiant 7)

L'impossibilité d'impulser des changements seul contre tous est un thème souvent abordé. Plusieurs étudiants interrogés sur la définition d'un bon et mauvais MSP, ont répondu que « ce n'est pas un superhéros », ni « un sauveur » et qu'il faut qu'il « garde son humilité ». De plus, il faut qu'il ait des alliés, donc que le mouvement du rétablissement ait déjà au moins quelques partisans au sein du service.

b. Personnel non formé à l'arrivée du MSP

Le sentiment d'être seul contre tous montre *a contrario* que la sensibilisation au mouvement du rétablissement n'a pas été faite au préalable dans une majorité des services accueillant les MSP. Il arrive que le personnel exprime son incompréhension, voire son hostilité, directement au nouveau venu, dont il ne comprend pas le rôle. D'après une étudiante MSP, le personnel a considéré qu'un de ses rôles, qui consiste à donner aux usagers l'espoir du rétablissement, était trompeur :

« J'ai eu quelques réflexions désagréables, genre : 'mais en fait qu'est-ce que t'apportes par rapport à nous ? Je comprends pas ton intérêt, je comprends pas l'intérêt d'avoir été patiente pour, pour aider des patients' [...] Et y a une fois où j'ai dit que j'avais des enfants, mais vraiment dans une conversation appropriée de collègues, et après j'ai une psychologue [...] qui m'a dit : 'il est hors de question que tu dises ça aux patients, tu ne dois pas leur donner de faux espoirs'. » (Etudiante 12).

Plusieurs concepteurs de la formation ont souligné les problèmes causés par cette absence de sensibilisation préalable du personnel.

« Entre dire : 'je suis orienté rétablissement' et la pratique, ça, y a parfois (petits rires) un souci. » (Membre CCOMS 2)

Si le personnel du service n'est pas toujours sensibilisé au mouvement du rétablissement et à ce nouveau métier, comment les MSP ont-ils été recrutés ?

c. Quand le chef impose le MSP dans le service

D'après plusieurs MSP, la personne à l'origine de leur recrutement est le chef de pôle (gérant un ensemble de services), souvent un psychiatre, qui cherche à faire évoluer les pratiques soignantes. Or la demande du chef de pôle n'est pas toujours partagée par les autres membres de l'équipe, comme les infirmières et les aides-soignantes.

Par exemple, une étudiante MSP a vécu une mauvaise intégration car l'équipe soignante ne souhaitait pas la création de son poste.

« Y a aucune fille de l'équipe qui voulait mon poste... Et qui voulait que je sois là quoi, en fait. C'est le directeur qui m'a imposé vraiment et... elles croyaient pas au rétablissement. » (Etudiante 8)

Si les paramédicaux n'ont pas une bonne relation avec le directeur, le MSP recruté peut se retrouver au centre de tensions et conflits. Deux étudiantes MSP ont observé que leur directeur était conscient des difficultés rencontrées au quotidien, mais qu'il restait en retrait, sans échanger avec l'équipe avant et pendant la prise de poste.

Ces difficultés peuvent aller croissantes, dans un contexte tendu où des soignants démissionnent pour diverses raisons. Une étudiante MSP s'est sentie mal à l'aise car elle était considérée comme l'alliée du chef de pôle. Progressivement, les soignants n'ont plus voulu échanger avec elle, y compris son tuteur infirmier.

« Ils m'ont expliqué que de toute façon maintenant [...] j'étais trop affiliée à (nom du chef de pôle) [...] qu'ils pouvaient plus me faire confiance et qu'ils ne parleraient que des

patients avec moi, de rien d'autre, que je n'étais plus la bienvenue dans les conversations. »
(Etudiante 12)

A la suite de cet échange, elle a été « placardisée » en étant reléguée dans un petit bureau, sans téléphone, sans ordinateur, sans prise électrique, et les soignants ne l'ont mise en contact qu'avec un petit nombre d'usagers du service.

Une étudiante n'a même pas pu prendre son poste à cause d'une équipe soignante trop réfractaire. La décision de son recrutement avait été prise par le chef de service. Des infirmières l'avaient connue lorsqu'elle avait été hospitalisée dans ce service. Les soignants ont argumenté qu'ils ne souhaitaient pas travailler avec une ancienne patiente, mais sans parvenir à convaincre dans un premier temps. L'étudiante a fini par trouver un autre service, en dehors de la santé mentale, au prix d'un retard de plusieurs mois par rapport au début de l'enseignement universitaire.

Une autre étudiante a interrompu son activité devant l'absence de directives et de soutien pour son poste :

« La cadre m'a accueillie sans savoir ce qu'était qu'un MSP et mes collègues ont été prévenus le jour-même de mon arrivée. Donc ce qui est très inconfortable. [...] Y a le responsable qualité qui est un des chefs de la fondation qui est à fond sur tout ce qui est innovation et tout ça. [...] En fait, ça s'est fait complètement déconnecté des réalités des terrains, donc il m'a recrutée en plus à toute allure parce qu'il voulait que je rentre dans cette promo-là. » (Etudiante 6)

Inversement, des étudiants MSP ont signalé leur bonne intégration dans des services de soins, où le personnel était convaincu avant leur arrivée de l'intérêt du mouvement du rétablissement. Ils ont le sentiment d'avoir eu de la chance, soulignant ainsi le caractère inhabituel de leur situation.

« J'ai de la chance d'avoir une équipe axée rétablissement et à fond dans la pair-aidance, ils sont convaincus de ça. Ils font pas ça pour dire : 'c'est bien, on a un médiateur'. » (Etudiant 2)

L'intégration peut être bien réalisée lorsque le chef de pôle ou de service a préparé l'équipe au préalable et que les soignants sont demandeurs de ce nouveau poste de MSP.

« (Intervieweuse) Tu m'avais dit que t'avais eu une bonne intégration les premiers jours, c'est ça ?

- Ouais [...] parce que en fait, le chef de pôle, [...] a hyper bien préparé ses équipes. Par exemple, chaque année il organise une journée de pôle, où sont invités les usagers comme les personnels soignants et [...] le thème était les MSP. » (Etudiante 10)

Lise Demailly en 2014 avait préconisé que les équipes soignantes des futurs lieux de travail des MSP soient davantage préparées. Une formation pourrait leur être proposée avec la distribution de pré-fiches indicatives de postes (12, p80). Mais ces préconisations n'ont pas toujours été suivies d'effet.

La préparation des équipes à l'arrivée d'un MSP est donc primordiale. Dans un second temps, lorsque l'arrivée du MSP est acceptée, comment les MSP interagissent-ils avec le personnel pour prouver leur légitimité au quotidien ?

d. Le MSP doit convaincre les soignants

Comme le décrit un membre du CCOMS, les conditions d'intégration des MSP ne sont pas adaptées à des personnes en situation de trop grande vulnérabilité psychique. Au contraire, ils vont souvent devoir gérer des situations difficiles sur leur lieu de travail.

« Au CCOMS, on prône [...] un emploi dans le droit commun. [...] Ce n'est pas de l'emploi comment on dit protégé. [...] Paradoxalement c'est très compliqué puisqu'ils, ils créent leur poste là où ils arrivent. [...] Et puis ils forment en fait à leur manière un peu en continu leurs collègues à l'intérêt de travailler avec du savoir expérimentiel. » (Membre CCOMS 1)

Le MSP doit faire ses preuves en se montrant psychologiquement solide pour être intégré. Une étudiante a décrit comment elle a dû cacher certaines de ses émotions pour ne pas être rejetée par ses collègues soignants :

« J'ai l'air hyper énervée mais quand j'en parle, ça m'énerve. Là-bas (sur mon lieu de travail) je suis très diplomate, je porte un masque. [...] Si je me retrouve en faiblesse, j'existe plus hein, je le vois comme ça. »

Une étudiante a dû affirmer son droit d'accéder aux dossiers médicaux des patients du service, alors qu'une infirmière s'opposait à sa demande. Cette dernière justifiait son refus par sa vulnérabilité psychique. L'étudiante a dû argumenter pour prouver qu'elle était en mesure de travailler.

« Le premier jour, une infirmière qui me dit 'mais toute façon toi tu, tu auras pas accès aux dossiers quoi'. [...] J'ai dit : 'Si, en fait, si, j'ai le droit'. Elle me dit 'non non, c'est pas que je veux pas, c'est que ça va être trop dur pour toi, tu vas pas pouvoir supporter, c'est trop des histoires difficiles et tout ça, c'est pour te protéger que je dis ça'. » (Etudiante 12)

Le MSP peut perdre toute crédibilité dans certaines situations, en étant considéré comme un malade, et pas comme un collègue, s'il s'énerve et donne l'impression de ne pas être dans la rationalité. Le discrédit des usagers en santé mentale quand ils expriment des émotions d'indignation a aussi été observé ailleurs (13).

« On a le droit de ne pas être d'accord, mais il faut arriver à l'exprimer sans se braquer. Parce qu'à un moment se braquer, c'est donner raison à tous ces gens qui pensent qu'on n'est pas fait pour ça. Qu'on est malade et qu'on n'est pas capable. » (Etudiante 11)

Ces réactions montrent l'importance de la formation du personnel.

e. La formation du MSP est privilégiée à celle des équipes

Le CCOMS organise une formation de deux jours pour sensibiliser le personnel des établissements qui le demandent à l'arrivée d'un MSP. Mais un membre du CCOMS a expliqué la difficulté de trouver un moment approprié pour réaliser cette formation. On constate un manque de moyens et de temps pour mener cette action dans une formation en

alternance. Il faut faire coïncider deux calendriers, celui des établissements de soins et celui de l'université, sans oublier le créneau de disponibilité des financements publics. La priorité va donc à la formation des MSP et non à celle des équipes soignantes, car les premiers sont jugés les plus à même d'impulser un changement rapidement.

CONCLUSION

Les Médiateurs de Santé Pairs exercent un nouveau métier dans les lieux de soins en santé mentale. Notre enquête a montré que leur formation à l'université Sorbonne Paris Nord privilégie les échanges de savoirs en lien avec le mouvement du rétablissement et le partage d'expériences entre étudiants et MSP diplômés. Le CCOMS, qui est à l'initiative de ce programme, défend l'idée que les MSP ainsi formés pourront amener les soignants à modifier leurs pratiques pour tendre vers des échanges plus égalitaires avec les usagers.

Au cours de leur formation en alternance, les étudiants MSP se questionnent continuellement sur leur identité professionnelle. Il n'est pas simple pour eux de définir leur rôle, du fait de la nouveauté de la création de ce métier.

C'est d'autant plus compliqué que certains d'entre eux se heurtent à des obstacles dans leur intégration dans les équipes de soins du fait des difficultés relationnelles avec des soignants. La mauvaise intégration du MSP est liée au manque de sensibilisation des équipes au mouvement du rétablissement. Elle est aggravée quand les soignants n'ont pas été associés à la décision de création du poste de MSP. Quand le chef de pôle impose l'étudiant dans une équipe de soin, les soignants concernés peuvent se montrer réfractaires. Les étudiants qui se heurtent à ces oppositions disent qu'ils ne peuvent pas agir seuls pour faire évoluer les pratiques professionnelles. *A contrario*, lorsque l'équipe s'est préparée à ce nouveau poste, les étudiants MSP ont fait part d'une expérience professionnelle enrichissante. On trouve le même constat dans une analyse de l'intégration d'un MSP dans un hôpital, qui a été facilitée par un travail préalable de réflexion d'équipe pendant un semestre (14).

La préparation des équipes soignantes et l'écoute de leurs besoins, difficiles à mettre en œuvre pour des raisons organisationnelles, n'est pas une priorité de ce programme. L'augmentation du nombre d'étudiants MSP diplômés est considérée comme la meilleure manière de parvenir à des relations plus égalitaires entre soignants et soignés. Mais est-ce la bonne stratégie, quand on voit les difficultés que cela peut créer pour certains MSP, ainsi que pour les équipes soignantes amenées à travailler avec eux ?

1. Demailly L. Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *Nouv Rev Trav.* 2014. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/nrt/1952>
2. Strauss A. La trame de la négociation. *Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger.* 1992. Editions l'Harmattan.
3. Demailly L, Garnoussi N. Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & Actions Sociales*, 2015 ; vol. 1:51-72.
4. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr.* 2012; vol. 88(4):257- 66.
5. Frese FJ, Davis WW. The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Prof Psychol Res Pract.* 1997; 28(3):243- 5.
6. Lovell AM, Troisoeufs A, Mora M. Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave. *Rev Francaise Aff Soc.* 2009; (1):209- 27.
7. Gardien È. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie Soc.* 2017; n° 20(4):31- 44.
8. Linder A. Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale: une perspective sociologique. (2020). *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Elsevier-Masson. p. 7- 18.
9. Roelandt J.-L., Staedel B et al. Programme Médiateurs de santé/pairs : apport final de l'expérimentation 2010-2014. Paru en 2015.
10. Laval C, Gardien È. Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé-pairs ».... *Rhizome.* 2020; N° 75-76(1):184- 92.
11. Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *Inf Psychiatr.* 2017; Volume 93(7):551- 7.
12. Demailly L, et al. Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche Evaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014. Paru en 2015.
13. Godrie B. Raconter sa déraison. Émotions et crédibilité de la parole de représentantes d'usagers en santé mentale. *Sci Soc Santé.* 2019; 37(1):43.
14. Launay C, Maugiron P. Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2017; 175(8):741- 6.

