

Chapitre 12

La place des médiateurs de santé – pairs Intégration dans l'équipe soignante *versus* intégration dans le système de santé

Bernard Durand

Il est dit de l'expérimentation menée par le CCOMS sur les médiateurs de santé – pairs (MSP) qu'elle a obtenu des résultats mitigés, mais qu'il est souhaitable de la poursuivre. Nous irons volontiers dans le même sens en proposant néanmoins que l'évaluation soit faite par des chercheurs totalement étrangers à la mise en place de ce dispositif et qu'au lieu d'étudier le processus d'intégration de ces médiateurs dans l'équipe soignante, on se focalise plus sur la question essentielle qui est celle de leur réelle intégration dans le dispositif de la santé mentale qui dépasse de loin les seules équipes psychiatriques.

En effet, je pense que le modèle choisi qui vise à intégrer ces médiateurs au sein-même des équipes soignantes, en en faisant *de facto* des soignants, n'est sûrement pas celui qui va favoriser cette reconnaissance et le développement de la pair-aidance en santé mentale. Ce n'est pas comme cela que l'on va rendre cette pratique attractive du côté des usagers et crédible du côté des équipes soignantes : mettre ces personnes en position de soignants, c'est quelque part les invalider en tant que pairs.

D'ailleurs, on voit d'emblée la contradiction qui existe entre l'énoncé et la réalité de la démarche. Par définition, un médiateur se situe dans un espace tiers entre deux parties, et chaque fois que l'on voit un médiateur lié d'une manière ou d'un autre à l'une des parties, c'est la fin de la médiation. La double identité qui a été retenue inclut pourtant cette fonction de médiateur – en l'occurrence ici entre les patients et les soignants – et une fonction de pair-aidant, qui se développe de plus en plus avec les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et la prise de conscience de ce que représente la position de rétablissement pour les usagers.

Le rapport de l'expérimentation du CCOMS évoque le contexte de relative hostilité rencontrée par ces MSP qui n'étaient pas toujours les bienvenus et comment certains ont dû trouver des interstices non occupés par les soignants pour se faire une place. Or, c'est bien de cela qu'il s'agit : apporter un plus aux patients par rapport à ce que peut leur proposer l'équipe soignante. Il s'agit, en particulier, de mobiliser des processus identificatoires avec des personnes qui ont également connu un parcours de soins et sont entrées dans une réelle démarche de rétablissement afin de leur permettre de reprendre espoir, de se réapproprier un projet de vie et un pouvoir d'agir, bref de rentrer elles-mêmes dans un processus de rétablissement.

Le patient en psychiatrie voit dans le MSP ce qu'il est, et le médiateur voit dans ce patient ce qu'il a été ; c'est sur cette base qu'est entamé un premier dialogue. Reconnaître le médiateur comme un autre soi-même et pouvoir s'appuyer sur son expérience pour repenser sa vie, tel est bien le processus de reconnaissance mutuelle évoqué par le philosophe Paul Ricœur [1] qui est cité dans le rapport d'évaluation.

Rappelons néanmoins que le rétablissement est d'abord une démarche initiée par des patients qui ont décidé de sortir d'un « assujettissement » aux psychiatres ; or, on voit aujourd'hui que ce concept est « récupéré » pas les soignants. Ce n'est pas aux psychiatres d'organiser l'engagement dans le rétablissement des patients, comme cette expérimentation en donne l'impression ; leur rôle est de veiller à ce que la qualité des soins ne fasse pas obstacle à la possibilité pour les

patients de s'engager dans une telle démarche. C'est auprès de pairs que les patients vont vraiment trouver un appui pour cette démarche et découvrir, à partir du savoir expérientiel de ceux qui les ont précédés dans le désordre psychique, ce qu'est « *l'empowerment* ».

Encore faut-il que les conditions existent pour permettre ces rencontres. C'est là, me semble-t-il, qu'il faut mettre le curseur, en systématisant les maisons des usagers qui doivent être installée à la marge des structures de soins (et en particulier des hôpitaux), de telle sorte qu'elles soient ouvertes à la fois sur le dehors et l'intérieur de l'hôpital. C'est là que des patients auront la possibilité de se faire aider pour des démarches administratives, de découvrir l'existence d'un groupe d'entraide mutuelle, d'aller s'inscrire dans des activités de loisirs, d'obtenir des explications sur les traitements qu'ils reçoivent, mais aussi de pouvoir s'entretenir en tête-à-tête avec un pair-aidant dans une autre relation que celle qu'il aurait avec un soignant. Bien entendu, il faut que ces médiateurs puissent également aller rencontrer les patients dans les services hospitaliers, mais aussi les personnes qui sont dans un Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) ou travaillent en Établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

Pour que ces maisons des usagers fonctionnent, il faut des médiateurs de santé – pairs (appelons-les comme on veut, mais cette double fonction me semble effectivement essentielle) qui soient de fait formés, et de ce point de vue, l'expérimentation du CCOMS donne des indications intéressantes. Il est également nécessaire que ces maisons soient financées par les ARS et que les usagers qui y assurent une présence régulière soient effectivement rémunérés ; mais dans cette hypothèse il faut inventer autre chose qu'un statut bancal de pseudo-soignant, suspecté des deux côtés. Que l'on reconnaisse le savoir expérientiel est une chose, mais peut-on faire un métier de l'expérience d'avoir été, un temps, un patient (sans préjuger d'ailleurs qu'on peut l'être toujours ou de nouveau, puisque nous sommes dans le champ des maladies chroniques) ? On voit

d'ailleurs dans l'expérimentation la difficulté à gérer à la fois les exigences du statut de salarié et la prise en compte de la vulnérabilité de certains de ces médiateurs.

Les études internationales [2, 3] sur l'évaluation des pairs-aidants en santé mentale soulignent que la fréquence de l'absence d'un statut clair et précis pour le pair-aidant a constitué un frein à la création d'un véritable métier. C'est un vrai problème, mais nous devons trouver une autre solution que son positionnement comme membre de l'équipe soignante pour qu'il soit rémunéré.

La question est donc celle de définir sa place dans le dispositif global de santé mentale et non simplement dans le dispositif de soins. On voit la place que les usagers ont pu prendre dans le système de santé dans certaines disciplines. Dans les projets de recherche sur le sida, par exemple, on ne se contente plus de demander leur avis aux représentants des usagers, car ils sont d'emblée associés aux choix des sujets de recherche retenus.

Cette intégration dans le dispositif de santé devrait par exemple conduire à ce que ces médiateurs de santé interviennent dans la formation des professionnels du soin, les infirmiers sûrement, mais aussi les médecins, de la même manière que les professionnels du soin interviennent dans leur propre formation. Il y a déjà des expériences en France, comme celle développée par le Groupe d'entraide mutuelle Vannes-Horizons à Vannes. Il est également évident que dès qu'il est question d'éducation thérapeutique, leur concours est indispensable.

Le fait d'avoir été confronté à des troubles psychiques sévères ne doit pas constituer un obstacle au fait de devenir un professionnel de santé : je connais des médecins ayant été hospitalisés pour un état maniaque dans le cadre de troubles bipolaires qui font une carrière hospitalière honorable, tout en continuant à être suivis sur le plan psychiatrique ; le fait d'avoir vécu l'expérience du délire peut aider à devenir un psychothérapeute de qualité. Mais le statut de ces professionnels n'est pas lié au fait qu'ils ont fait l'expérience des troubles mentaux. Peut-on professionnaliser le savoir expérientiel, telle est la

question ? Pourquoi pas, car la preuve est faite de tout ce qu'il apporte, mais je reste persuadé que considérer le médiateur de santé – pair comme une composante de l'équipe soignante est une impasse. Il faut inventer une autre formule permettant le développement de cette fonction tout aussi utile aux personnes confrontées à des troubles psychiques qu'aux professionnels de la santé mentale eux-mêmes.

Pour conclure, je pense comme le CCOMS qu'il est nécessaire de reconnaître et multiplier ces médiateurs de santé – pairs, mais la question de leurs modalités d'intégration reste entière. En termes d'exergue, je proposerai volontiers un slogan : intégration des médiateurs de santé – pairs dans le système de santé ? Oui. Intégration dans l'équipe soignante ? Non.

Références

1. Ricoeur P. *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock, 2014.
2. Davidson L, Chinman M, Kloos B, *et al.* Peer support among individuals with severe mental illness : a review of the evidence. *Clin Psychol (New York)* 1999 ; 6.
3. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness : A report from the field. *Schizophrenia Bull* 2006 ; 32.

Bibliographie

- Benhaiem A. Ces anciens malades psychiatriques qui soignent d'autres patients. *Le Huff Post* 9 décembre 2015.
- Demailly L, Bélart C, *et al.* *Le dispositif des médiateurs de santé – pairs en santé mentale : une innovation controversée Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014.*
Convention de recherche CLERSE/USTL, Lille-1/CCOMS, EPSM Lille-Métropole, Université de Lille-1, 2014, 86 p.
- Durand B. Doit-on professionnaliser les pairs-aidants. *Rhizome* 2010, n° 40.
- Julien JP. Aide au rétablissement : les propositions d'un médiateur de santé – pair reçu à la rédaction de santé mentale. *Santé mentale.fr*
- Greacen T, Jouet E. Savoir autodidacte et expertise des malades en psychiatrie. *Rhizome* 2010, n° 40.

- Le CCOMS appelle à pérenniser les médiateurs de santé pairs en psychiatrie. *Hospimedia*, février 2015
- Lagueux N. La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. *Rhizome* 2010, n° 40.
- Le Cardinal P. *Résilience et engagement associatif des usagers en santé mentale*. Mémoire du diplôme de psychiatrie clinique et thérapeutique. Université de Lille, 2006.
- Le Cardinal P, *et al.* Le « pair-aidant », l'espoir du rétablissement. Prévenir la rechute. *Santé mentale* 2008 ; (133) : 69-73.
- Roelandt JL, Staedel B, *et al.* *Programme médiateurs de santé – pairs. Rapport final de L'expérimentation 2010-2014*. CCOMS, Lille.
- Samson C. Pair-aidant en santé mentale : l'art de porter l'espoir. *Le Soleil*, novembre 2010.
- Staedel B. Pair-aidance et savoir expérientiel. *Santé mentale* 2015 ; (198) : 64-7.