

La professionnalisation de la pair-aidance en santé mentale en France : processus et enjeux

In *L'accompagnement par les pairs*, sous la direction d'Eve Gardien, PUG, 2021, chap.4, pp 75-91

Lise Demailly

La pair-aidance bénévole ou militante en santé mentale existe depuis longtemps, que ce soit de manière informelle, spontanée ou dans un cadre associatif. En revanche le développement de la pair-aidance salariée est un phénomène récent en France. J'ai eu l'occasion de l'étudier de près, car j'ai été chargée de l'évaluation du premier programme expérimental de formation et d'emploi de Médiateurs de santé pairs (MSP) nom choisi pour les membres de la première promotion officielle de pairs-aidants salariés.

Cette expérience avait été pilotée par le Centre Collaborateur OMS en santé mentale (Lille). Mon équipe (au Clersé, université de Lille, qui comprenait des chargés d'étude sur les régions parisiennes et PACA) avait été chargée de l'évaluation qualitative de ce programme expérimental. (rapport final Demailly et *al.*, 2015). L'évaluation a procédé par observation des entretiens de sélection des candidats à la formation, puis celle de la formation à l'université de Paris 8, puis par des enquêtes de terrain dans les sites qui avaient embauché les MSP, auprès des MSP (n = 32), des membres des équipes qui les accueillait. Nous avons observé le travail des MSP avec les usagers, mené des entretiens avec des membres de chaque site, des entretiens avec des usagers qui avaient été suivis par des MSP (n = 84), des séminaires de regroupement de MSP, des *focus groups*...

Il y a eu par ailleurs d'autres embauches de pairs-aidants, par exemple quelques patients-formateurs ou quelques médiateurs de rue, mais c'est le programme du CCOMS qui est central : il concerne des promotions de trente personnes environ. La quatrième promotion est en cours de formation à l'université de Paris 13. C'est sur la base de cette évaluation, de contacts plus récents avec des médiateurs de santé pairs, de mes travaux en sociologie des politiques et pratiques de santé mentale (Demailly 2011, Demailly Autes 2012, Demailly 2014) et en sociologie des professions, que je propose ici une réflexion sur les enjeux de la professionnalisation de la pair-aidance.

La pair-aidance salariée à la française, telle qu'elle fut portée par le programme expérimental du CCOMS, a une caractéristique importante : un premier emploi y est garanti dès le recrutement pour la formation. Cette organisation est différente de la québécoise, dans laquelle le suivi d'une formation¹ de pair-aidant professionnel ne garantit en rien un emploi et où de nombreuses personnes ayant réussi l'examen restent donc chômeuses. Une deuxième caractéristique de la pair-aidance en santé mentale à la française est que les médiateurs de santé pairs sont employés, non pas par des associations ou des municipalités, mais par le service public de psychiatrie lui-même. Ces deux caractéristiques sont importantes, nous le verrons.

Le mot « professionnalisation » renvoie de façon floue chez les médiateurs de santé pairs à un désir de légitimité des missions et de pérennisation des emplois. Mais, en termes de sociologie des professions, il s'articule à trois concepts, et donc à trois ordres de questions spécifiques :

- un emploi rémunéré : professionnel s'oppose alors à bénévole ;
- un métier : un corps de connaissances, de savoir-faire et de savoir-être. Professionnel s'oppose à amateur ;

¹ Sur les formations québécoises, consulter : <https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/detail/>; <https://admission.umontreal.ca/programmes/microprogramme-de-1er-cycle-en-sante-mentale-mentorat-pour-pairs-aidants/impression/format.html>

- un groupe professionnel, une profession : un collectif capable d'intervention dans la société concernant sa licence (son permis de travail) et son mandat (ses missions, son territoire légitime d'action professionnelle)³.

Notons bien que les trois notions ne renvoient pas à une hiérarchie sociale. Par exemple : Premier ministre est un emploi, mais ni un métier ni une profession. On peut parler du métier de médecin ou de la profession de cheminot. Les trois mots renvoient à trois points de vue conceptuels différents et complémentaires sur le statut social. Nous allons les explorer successivement pour éclaircir ce qu'on peut entendre par professionnalisation de la pair-aidance.

Un emploi

Les emplois de pairs-aidants salariés ont émergé en France de façon récente, vers 2010. Trois phénomènes indépendants ont concouru à cette émergence :

1) Les demandes de la part des usagers de la psychiatrie de développement de leur participation institutionnelle à l'institution psychiatrique, leurs souhaits de relations professionnelles moins dissymétriques, plus « horizontales » (comme disent les usagers de la santé), leurs revendications du respect de leurs droits de patients et de bienveillance de l'institution psychiatrique à leur égard.

2) La recherche d'efficacité de la part de la médecine et des pouvoirs publics, la recherche d'une meilleure communication avec les patients comme moyen d'amélioration de la qualité des soins. Cette participation des patients se développe également dans la médecine somatique : le patient est porteur d'informations intéressantes pour le médecin. De plus, s'il est plus participant aux décisions qui le concernent, il est plus compliant. Il s'agit là d'une tendance générale qui affecte tous les secteurs de la société : recueillir l'avis des clients et les faire participer permet d'améliorer produits et services. Il est de plus en plus considéré comme intéressant de faire travailler les consommateurs (Dujarier, 2008).

3) La volonté militante de certains médecins de contribuer à la transformation des pratiques dans les secteurs psychiatriques. C'était explicitement la stratégie du CCOMS ou d'autres innovateurs qui ont créé des postes de pair-aidant salarié comme dispositif de provocation au changement.

Les effets du salariat sont importants pour le pair-aidant lui-même : gagner sa vie, se sentir utile, respecter des horaires et les règles d'une organisation. Le salariat a un effet de rétablissement qu'ont ressenti un grand nombre de médiateurs de santé pairs (MSP).

Mais les effets institutionnels sont primordiaux. La pair-aidance salariée a un aspect provocant. Son impact symbolique sur l'institution est beaucoup plus fort que la pair-aidance bénévole, car il affiche la légitimité de la pair-aidance dans l'espace public, comme travail utile au point qu'il est normal de le rémunérer. Cette affirmation est à la fois source de tensions chez les soignants et de mise en mouvement des représentations, chez les soignants et chez les personnels administratifs des hôpitaux, et au-delà, chez tous ceux qui entendent parler de cet événement.

Au-delà de cet effet, la question : « Qui rémunère ? » est importante. Car le processus est plus provocant si c'est l'institution psychiatrique elle-même qui rémunère le travail du pair, et non un GEM (groupe d'entraide mutuelle), une association d'usagers, un organisme de formation... Dans ce cas d'embauche par l'institution, les conflits sont frontaux : ils ne se résument pas à de

³ Les deux concepts de *mandat* et de *licence* ont été introduits par E. C. Hughes (1996).

multiples petites délégitimations, vexations et mises à l'écart dans le quotidien du travail à l'égard du pair, comme cela peut se produire si l'employeur est externe à l'institution. Il s'agit pour les opposants à la pair-aidance d'obtenir la démission du salarié. Pour cela, on ne lésine pas sur les moyens : par exemple, une médiatrice de santé paire tombe en salle commune de soignants sur une pétition punaisée au tableau d'affichage recueillant les signatures pour demander son départ. De fait, plusieurs médiateurs de santé pairs n'ont pas pu tenir le coup dans leur lieu d'affectation initial à cause de l'opposition des équipes soignantes³. Le CCOMS a pu, pour certains d'entre eux, leur trouver un autre poste ; d'autres ont renoncé à être médiateur de santé pair.

En revanche, si l'équipe soignante et le médiateur de santé pair réussissent à apprendre à travailler ensemble, il se produit un effet massif de déstigmatisation de la maladie mentale et de la souffrance psychique. Cette déstigmatisation est sensible chez les usagers en contact avec le médiateur de santé pair, car ils peuvent s'identifier à lui, s'appuyer sur lui pour restaurer une image de soi sans intériorisation de la stigmatisation et sans honte. Elle est aussi sensible dans les équipes, dont les membres changent de regard sur la maladie et sur les patients et se mettent à se former et à apprendre de nouveau leur métier au contact du pair-aidant.

Un métier

En général, si l'accès à l'emploi demande lors des entretiens de recrutement de pouvoir montrer des savoirs expérientiels, un certain rétablissement et des compétences de communication acquises dans la vie sociale ordinaire, la constitution d'un métier demande, en plus :

- un minimum de formation initiale au travail de pair-aidant salarié ;
- la conversion du savoir expérientiel en savoir-faire explicites ;
- des lieux de formation continue et d'échanges de pratiques.

La base du métier est constituée du savoir expérientiel lié à l'expérience d'usager de la psychiatrie. Mais pour que celui-ci soit concrètement mobilisable dans l'action, il faut aussi que le médiateur de santé pair use, d'une part, d'un minimum de formation initiale⁴, d'autre part de ses savoirs d'expérience acquis dans la vie associative ou professionnelle et enfin de savoirs d'action accumulés en cours de fonction. Le pari de l'innovation « médiateur de santé pair » est que le savoir expérientiel, tout en n'étant ni savant, ni académique, ni scientifique, ni scolaire, est cependant précieux et utile dans le travail thérapeutique et améliorera la qualité des soins. L'expérience peut être définie comme un savoir, d'un type particulier, une forme de connaissance pratique, dynamique, évolutive, dispersée. L'expérience altère le sujet en l'exposant à une événementialité forcément singulière. La subjectivité participe à l'effectivité de l'expérience, car l'expérience transforme la personne, s'intègre à sa personnalité (sinon, ce n'est pas une expérience à proprement parler). L'expérience livre un savoir qui est singulier et qui, en tant que tel, ne s'enseigne pas, mais qui a des effets sur la relation à autrui et donc sur autrui. D'après nos entretiens et observations *in situ*, les savoirs d'expérience mobilisés dans le travail des médiateurs de santé pairs constituent le cœur de leurs savoir-faire et de leur originalité. Car les formations initiales des médiateurs de santé pairs (DU ou licence

³ Il s'agissait le plus souvent d'équipes qui n'avaient pas été consultées sur cette arrivée d'un pair-aidant ou pas préparées à ce que cela signifie et entraîne. C'est un point important du bilan de l'expérimentation. Voir Demailly *et al.*, 2015.

⁴ Formation initiale concernant la communication, l'usage des outils informatiques, le respect des horaires de travail, la connaissance du milieu hospitalier et d'un peu de droit administratif, une compréhension du langage des soignants, etc.

professionnelle)⁵ sont trop courtes pour installer des savoirs professionnels, des connaissances théoriques ou des techniques éprouvées. Que les savoir-faire des médiateurs de santé pairs soient pour l'essentiel construits par l'expérience, c'est justement cela qui est intéressant et permet d'envisager des processus d'invention clinique.

Le savoir expérientiel de la maladie, du système de soins et du rétablissement

Les médiateurs de santé pairs sont amenés à puiser dans trois répertoires d'expérience. Le premier est le savoir expérientiel de la maladie, du système de soins et du rétablissement. Ce premier domaine de l'expérience est donc triple : avoir été malade, avoir été patient, s'être au moins un peu rétabli.

Avoir été un malade : vécus dépressifs, délirants, vécus de symptômes « plus forts que soi », vécus de dépendance et de manque par rapport à des substances psychoactives, rapport spécifique au corps, techniques de soi, expérience des moments de catastrophe, déclin du désir de vivre, vécu du passage à l'acte, souvenirs d'affects et d'émotions, expérience de son propre refus de soins, de la honte, de l'abandon, des problèmes de vie consécutifs au trouble (contacts avec la justice, la police, la prison, la rue, le chômage, la précarité), expérience de la violence sexuelle ou de la violence de la rue.

Avoir été un patient : vécus de l'institution psychiatrique, vécu de différentes formes et niveaux de contrainte, éventuellement de l'hospitalisation sans consentement et de l'isolement, vécu des médicaments, de leurs effets et effets secondaires, vécu des relations au psychiatre d'hôpital public, émotions liées au fait d'avoir été traité, le cas échéant, comme un cas, un organe, ou une moyenne, plutôt que comme une personne, intuition des modes de défense des soignants, vécu de la distance aux soignants, vécu des relations entre patients, éprouvé de ce qui apporte de l'aide, de la compliance, de la confiance, apprentissage des négociations avec les infirmiers. Ces savoirs expérientiels peuvent constituer un « métier de patient ».

S'être rétabli : avoir vécu le fait de s'en sortir. Avec quoi ? Avec quelle aide ? En s'appuyant sur quelles ressources ? À quel rythme ? Avec quels signes ? En mettant en jeu quelle mobilisation personnelle ? Quels moyens thérapeutiques ? Cela concerne éventuellement l'usage de la religion, de formes de sagesse, du sport, d'activités esthétiques, d'activités associatives, de la volonté, etc.

On peut comprendre le savoir expérientiel des médiateurs de santé pairs, dans ses dimensions, l'épreuve de la maladie, celle du soin psychiatrique et celle du rétablissement, comme un savoir-y-faire avec la domination. Ce savoir-y-faire se construit dans l'expérience de la maladie et les différents processus de dérégulation, de stigmatisation, de négociation avec les institutions, de désaffiliation, de combat avec les autres et soi-même qui l'accompagnent, en tant, bien sûr, qu'il s'est agi d'une expérience formative, instructive, en ce qu'elle a été pensée, et non pas pure sidération, pur traumatisme non élaboré. Le savoir-y-faire avec la domination se construit dans les moments difficiles de vie dont les futurs médiateurs de santé pairs se sont sortis, les épreuves qu'ils ont suffisamment surmontées, réussissant donc là un certain *empowerment* personnel⁶, qui les a poussés à poser leur candidature pour devenir pairs-aidants salariés et a permis leur recrutement dans le programme. Ils ont développé ce que les Grecs anciens appelaient une *métis* (Demailly, 2014), autrement dit une intelligence rusée, par laquelle la personne apprend à la fois à compter sur ses propres forces et à s'appuyer sur le potentiel des

⁵ La première promotion a été formée dans le cadre d'un DU de l'université de Paris 8. Dans notre évaluation (Demailly *et al.*, 2015), nous avons conseillé une licence professionnelle. C'est le cas actuellement, à Paris 13, pour la quatrième promotion.

⁶ Le terme anglais *empowerment* se traduit en français par « développement du pouvoir d'agir ». Il peut être individuel ou collectif.

situations sociales rencontrées. Cela constitue une expertise intuitive profane, une auto-clinique de la résilience et de la reconquête de l'autonomie.

Les savoirs expérientiels antérieurs à l'apparition de la maladie

Un deuxième volant des savoirs d'expérience qui vont pouvoir servir la construction du métier de pair-aidant est constitué par les savoirs d'expérience antérieurs. Ils concernent l'éventuelle profession antérieure, les formations professionnelles antérieures, tout un parcours de vie perturbé par la maladie, par exemple la perte de l'emploi et la difficulté à retrouver du travail en luttant à la fois contre ses propres limites et contre la stigmatisation sociale que produit la maladie mentale dans le monde professionnel. Ces savoirs jouent un rôle important dans l'insertion des médiateurs de santé pairs : entrer en contact, soutenir une conversation, mettre de la bonne humeur, savoir écrire un projet, mobiliser des ressources locales, connaître une ville, posséder des savoirs techniques, savoir prendre contact avec des organisations et des administrations, avoir des réseaux, avoir déjà développé des styles relationnels ou créatifs particuliers, des « compétences relationnelles » acquises avant la maladie, mais que les médiateurs de santé pairs pourront réinvestir dans la pratique professionnelle. Les médiateurs de santé pairs qui ont des spécialités techniques, des savoir-faire relationnels liés à une profession antérieure⁷ ou à des responsabilités associatives ou des réseaux réussissent plus vite leur insertion. Ceux qui en sont dépourvus ont plus de difficulté à se faire admettre dans l'équipe qui ne sait pas trop, au début, quelles tâches leur confier.

Il s'agit aussi des savoir-faire liés à la vie domestique antérieure, avant ou pendant la maladie, l'éventuelle pauvreté, la rue, la domination de classe, les rapports de genre, la situation familiale : comment régler des problèmes d'argent, de loyer et de budget, de rapport avec les administrations, toutes choses souvent délaissées par les infirmiers psychiatriques, car ces soucis n'ont pas de rapport direct à la maladie et au soin. Les médiateurs de santé pairs y trouvent un créneau d'action en fournissant un accompagnement dans ces domaines, notamment aux malades socialement défavorisés. Le médiateur de santé pair peut connecter les usagers à différents points de la ville, à diverses ressources.

Les savoirs expérientiels acquis par la pratique du métier

Enfin, les savoirs d'action acquis en cours de fonction achèvent la construction du métier. On les nommera savoirs d'action pour éviter la confusion avec le savoir expérientiel lié à la maladie et au rétablissement, mais ce sont bien aussi, en termes cognitifs, des savoirs d'expérience. Il s'agit par exemple de manières de faire acquises en regardant les coéquipiers travailler, en écoutant leur langage, leur jargon de métier, leurs discussions d'équipe, en observant leurs méthodes, les critères avancés pour les diagnostics, les médications et leurs dosages, en étant admis dans des formations continues en compagnie des infirmiers.

Les médiateurs de santé pairs apprennent ainsi « sur le tas », après éventuellement quelques échecs, des techniques pour se présenter à un malade, animer un groupe de parole ou faire une visite à domicile. Cet apprentissage est divers selon les lieux concrets d'intégration : intra-hospitalier, dispositifs ambulatoires ou accompagnement en ville n'offrent pas les mêmes opportunités.

Enfin, le travail salarié produit ses effets propres de socialisation professionnelle, acquise parfois au prix d'un certain nombre de heurts : apprendre à respecter des horaires, des règles, des hiérarchies, à ne pas heurter, à rendre compte de ce que l'on fait, à signaler systématiquement ses déplacements, à remplir des plannings, à distinguer vie privée et vie professionnelle, à respecter les secrets des collègues. Ces apprentissages, parfois difficiles, peuvent ensuite être mobilisés par les médiateurs de santé pairs dans leur accompagnement de

⁷ Commerce, informatique, techniques de soins corporels, par exemple, dans la première promotion.

soignés chômeurs de longue durée qui désirent retrouver un emploi. Ils peuvent sur ce point collaborer avec les psychologues sur la levée des obstacles cognitifs et comportementaux à la reprise d'un travail.

La conversion des savoirs expérientiels en savoir-faire

Un savoir d'expérience peut bien sûr être utilisé de manière spontanée et informelle dans une relation d'entraide entre usagers. C'est une situation courante. Mais, pour un pair-aidant salarié, pour qu'il sente une certaine légitimité à affronter la situation de travail, il est nécessaire que son savoir expérientiel soit converti ou se convertisse progressivement en savoir-faire. Ce qui implique qu'il soit conscientisé. Que par exemple l'effet de la communication de l'expérience passée à l'usager soit imaginé et réfléchi. Que la manière dont le médiateur de santé pair s'offre comme un support d'identification positive, qui donne espoir, qui diminue la honte, qui montre que l'on peut s'en sortir voire retravailler, soit consciente et assumée. Qu'il se constitue un panel de techniques d'aide, que ce soit sur la base d'une philosophie vitaliste (se trouver son projet, sa passion, son désir), comportementaliste ou de thérapies alternatives : pratiques corporelles faciles à appliquer au quotidien, « astuces » pour améliorer la vie ordinaire comme le rapport à la musique, attention à l'apparence corporelle, à une certaine discipline physique et alimentaire, respect de la prise des médicaments, etc.

Cela implique parallèlement que le médiateur soit conscient de ce que sa propre pathologie (passée, voire encore présente) induit comme émotions dans la rencontre avec des personnes en souffrance : identification, répulsion (pour une pathologie trop différente qui éventuellement sera involontairement stigmatisée, même si le pair-aidant est en principe un agent de déstigmatisation), peur (pour une pathologie inconnue et inquiétante), empathie pour toute souffrance, colère et « envie de secouer le patient qui ne se bat pas pour aller mieux ». Il faut aussi qu'il soit conscient des émotions que suscite chez lui le rapport à l'institution psychiatrique : désir de revanche, soumission, rébellion, alliance... Il est souhaitable qu'il puisse en parler, qu'il dispose donc d'un lieu de supervision extérieur au service pour élaborer ses émotions.

Au sein de cette construction de savoir-faire et de savoir-être, qui vont constituer finalement un métier, la question d'une distance spécifique aux soignés se pose. La distance pratiquée par le médiateur de santé pair est en général spontanément plus faible que celle des autres soignants. Certains médiateurs de santé pairs ont pu au début choisir un accompagnement plus soutenu, deux fois par semaine, puis ont fait marche arrière : « mais on a eu peur, cela devenait trop affectif pour eux et pour moi aussi ». Déroutés par les phénomènes de transfert, les médiateurs de santé pairs de la première promotion les évitèrent (en partie) et reconstruisirent une distance par la baisse de la périodicité des rencontres. Ou bien ils ont redécouvert, après avoir beaucoup touché leurs patients pour les encourager ou les consoler, certaines vertus de la distance physique : « Je lui faisais la bise et après, j'ai eu du mal à reprendre une distance. » Les médiateurs de santé pairs des promotions suivantes ont pu bénéficier des savoirs d'action construits par la première promotion, puisqu'ils ont été intervenants dans les formations suivantes. Globalement, la distance professionnelle que manient spécifiquement les médiateurs de santé pairs se caractérise par l'horizontalisation de la relation, ce qu'on pourrait peut-être nommer parfois une forme de « camaraderie » (selon le mot qu'emploient quelques soignés) avec les soignés, leurs pairs, pour mettre ceux-ci en lien, en confiance, en mouvement.

* Toutes les citations d'entretiens de MSP sont issues de l'évaluation du programme. Cf. note 1. Sur les styles des MSP et leurs rencontres avec les usagers, lire également Demailly et Garnoussi (2015b) I et II.

En termes de métier, il est indispensable que les médiateurs de santé pairs disposent d'un lieu de formation continue collective, pour échanger sur leurs pratiques et sur les savoir-faire qui peuvent être développés, pour accumuler un savoir-faire collectif.

Un groupe professionnel ?

La construction sociale d'un groupe professionnel demande au minimum deux choses⁹ : un minimum d'identité collective, de culture collective, un « nous » incarné dans une organisation collective d'une part ; un ensemble de compétences identifiables et légitimables sur le marché du travail et/ou dans les agendas des politiques publiques d'autre part.

Conditions sociales d'émergence d'un groupe professionnel

Plusieurs facteurs favorisent la professionnalisation d'un emploi (au sens de construction d'un groupe professionnel) : l'augmentation du nombre des emplois, la diversification des lieux d'emploi, la création d'associations professionnelles permettant de regrouper et visibiliser ces emplois.

De fait, on en est à la quatrième promotion pour les médiateurs de santé pairs (CCOMS), et d'autres lieux de formation et de recrutement de pairs-aidants salariés existent (par exemple dans l'équipe mobile psychiatrie et précarité à Marseille). La pérennisation des emplois (pour 50 % de la première promotion CCOMS, plus, ensuite) est assurée. Ce qui implique d'avoir réussi à démontrer leur efficacité pratique. Une association professionnelle s'est créée, à même de mettre en valeur le mandat des pairs-aidants salariés dans l'espace public, de défendre leurs conditions d'exercice (rémunération, pérennité des postes, création d'intitulés de postes spécifiques). C'est ce qui se passe effectivement, mis à part pour la création d'intitulés spécifiques : de nombreux médiateurs de santé pairs sont passés en CDI, même si c'est sur des postes d'adjoint administratif ou autre.

Ce qui limite la professionnalisation

En général, ce qui limite le processus de professionnalisation, c'est la difficulté à fixer et formaliser des compétences spécifiques distinctes de celles des territoires professionnels voisins. Or c'est bien ce qui se passe pour les pairs, avec la trop grande diversité des pratiques, qui fait qu'un profil de qualification et de compétences a du mal à émerger.

Le pair, quand il fait un travail de pair, travaille essentiellement :

- dans une équipe qui lui laisse une place variant fortement d'un lieu à l'autre ;
- avec sa singularité ;
- dans un rôle qui en termes de descriptif des tâches, tant qu'on en reste à ce descriptif et sans tenir compte de l'état d'esprit et de la posture dans lesquels elles sont réalisées, se différencie peu de tâches habituellement accomplies par les infirmiers, les éducateurs, les assistants sociaux...
- dans un rôle dont en principe la dimension éthique et politique est forte, mais sans qu'il soit seul titulaire de ce rôle politique, les associations d'usagers gardant la prééminence dans ce domaine.

On va développer les deux premiers points.

La diversité des pratiques

On peut certes noter une constante organisationnelle : les rencontres médiateur de santé pair/patient sont en général prescrites par les psychiatres et/ou décidées par l'équipe soignante,

⁹ Sur les débats en sociologie des professions, quant à la construction sociale des groupes professionnels, voir Demailly (2008), Champy (2012).

mais toujours avec un avis positif du patient. Si généralement les médiateurs de santé pairs s'imposent dans l'éducation thérapeutique, le travail de compliance et d'adhésion aux soins, le travail de soutien relationnel ordinaire, le développement de la parole et de l'entraide entre pairs, le contenu de ces tâches est affecté par les traditions de l'équipe, son mode d'organisation et son projet. Le type de patientèle est évidemment très déterminant : les médiateurs de santé pairs travaillent aussi bien dans des services qui reçoivent des populations extrêmement défavorisées (une équipe mobile psychiatrie et précarité par exemple) que dans ceux où existe une mixité sociale, dans ceux qui acceptent toute demande et ceux où la relation avec le service s'engage sur la base d'un contrat de soins avec le patient. Les caractéristiques organisationnelles du service et du type d'unité déterminent également le cadre des rencontres : certains médiateurs de santé pairs rencontrent fréquemment les usagers seuls à seuls, d'autres jamais, car ils sont toujours en co-intervention ou en animation de groupes. Le cadre des activités est divers : entretiens en face-à-face dans un Centre médico-pédagogique (CMP) ou visite à domicile (VAD), interventions dans un espace collectif comme un hôpital de jour, animation de groupes de parole, animation d'une commission institutionnelle des usagers, développement d'ateliers thérapeutiques, ateliers d'éducation thérapeutique, etc. Le travail concret du médiateur de santé pair s'en trouve affecté.

Une aventure qui reste singulière

Les pratiques sont dépendantes des choix et goûts personnels du médiateur de santé pair, de l'image qu'il se fait du processus de rétablissement et des facteurs qui ont contribué et contribuent encore à son propre rétablissement. Or les histoires de vie que nous avons recueillies sont fort diverses. Tels médiateurs de santé pairs se sont reconstruit une santé dans le « faire » et non dans le « dire » ; ils déclarent que pour eux le principal est de stimuler les soignés (« je ne suis pas trop dans la consolation ») pour les pousser à sortir de leur isolement social et relationnel, à trouver des activités pour s'occuper ou à repérer l'activité qui les passionnerait. Ils vont donc « aller chercher » les soignés pour les « bousculer ».

Tels autres médiateurs de santé pairs estiment que le recours à la psychothérapie a été le principal facteur de leur propre rétablissement et accordent une importance centrale dans leur pratique à l'écoute, la parole, le respect de la demande (laisser l'utilisateur venir vers soi). D'autres sont spontanément comportementalistes, cherchant des techniques pour contrer les pensées ou les conduites négatives. Certains sont passés par les Alcooliques anonymes et importent dans leur travail le mélange d'esprit d'entraide et de normes comportementales caractéristiques de ce type d'association, avec un certain rigorisme par rapport à l'addiction. Alors que tel autre médiateur de santé pair se montrera laxiste sur l'usage du cannabis à des fins anxiolytiques, pour lui-même et pour les malades, refusant le principe d'abstinence. Et tel autre, qui ne peut pas donner l'exemple d'une conduite normalisée, ne pourra présenter le sevrage total que comme un idéal difficilement accessible que lui-même cherche à rejoindre.

Pour certains, le rapport au patient est orienté par une proposition d'identification, leurs interventions orales sont sous-tendues par ce schéma : « Je comprends ce qui vous arrive, je suis passé par là, c'était très difficile, mais je m'en suis sorti, regardez-moi, vous voyez que je m'en suis sorti, vous pouvez garder espoir, faites comme moi. » Ils accordent une importance centrale à l'espoir comme facteur de rétablissement, plus qu'au dire, au faire, aux techniques ou aux activités. Un grand nombre valorise une approche globale de la « personne », tandis que d'autres tentent d'agir sur un problème particulier du patient, social ou matériel. Certains entrent en relation avec tous les patients qu'ils rencontrent ou qu'on leur affecte, pratiquant ce qu'on pourrait appeler un accueil inconditionnel ; d'autres font des tris *a priori*, selon les comportements ou les pathologies, en fonction de ce qu'ils pensent relever de leurs compétences.

Les pratiques des médiateurs de santé pairs contribuent à diffuser la philosophie du rétablissement¹⁰ : auprès des usagers, auprès de ceux qui sont découragés aussi bien qu'auprès de ceux qui ont espoir de « guérir ». Parfois, c'est surtout par son exemple personnel que le médiateur de santé pair contribue à accréditer que le rétablissement est possible. Parfois, c'est par les discussions que l'usager apprend qu'il ne doit pas espérer ou viser la guérison, mais le rétablissement, autrement dit qu'il restera probablement malade, mais pourra mener une vie correcte. Mais d'autres médiateurs de santé pairs restent attachés à l'idée de guérison, d'une possibilité pour le malade de sortie plus ou moins (en principe) définitive de la dépendance à l'institution psychiatrique.

Quant aux anthropologies spontanées qui animent leur pratique, plusieurs médiateurs de santé pairs contribuent à diffuser une représentation positiviste de la personnalité, de la maladie et de l'intercompréhension entre êtres humains. Les soignés retiennent alors des rencontres que seuls peuvent comprendre la maladie et l'état de malade ceux qui les ont connus sous leur étiquette diagnostique, étroite (bipolarité, schizophrénie) ou large (toxicomanie, psychose). Les autres professionnels, par leur formation, ne peuvent que la « connaître ». Affirmer qu'un être humain ne peut « comprendre » (par intuition, empathie...) ce qu'il n'a jamais vécu, valoriser ainsi le rapport au même, s'oppose à une conception de l'être humain dans laquelle se reconnaissent d'autres médiateurs de santé pairs, où chacun peut avoir connu au cours de sa vie les mouvements dépressifs, les crises anxieuses, les dérapages, les organisations névrotiques et les noyaux psychotiques, et où toutes les potentialités de la souffrance, de la crise ou du blocage psychiques, de l'altérité interne, font partie de la vie psychique de chacun d'entre nous.

Les médiateurs de santé pairs se situent enfin différemment dans leur rapport à l'institution psychiatrique. Certains, surtout de la première promotion, sont plus en rébellion ou plus militants contre tous les manques de respect dont pourraient être victimes les usagers (et eux-mêmes). Certains remettent fortement en cause le monopole de l'interprétation des situations cliniques qui serait le privilège des soignants, ainsi que leurs outils d'objectivation (catégories diagnostiques, échelles, tests, médecine des preuves, etc.). D'autres, à l'inverse, évitent la critique du savoir et du pouvoir médical. Ils se rendent compte que la critique n'est pas pour eux une position tenable et ils peuvent être capables d'expliquer aux soignés les contraintes institutionnelles. D'autres enfin, plus en recherche de légitimité, sont plus soumis à l'institution et sont amenés à mimer les manières de faire des infirmiers ou des éducateurs, en euphémisant leur propre passé.

Conclusion : enjeux de la professionnalisation

Les compétences des médiateurs de santé pairs sont difficilement identifiables et formalisables dans un référentiel de compétences¹¹, à cause de la diversité d'interprétation du rôle et du fait que ce rôle est inséparable d'une posture, d'une éthique, d'une politique et peu descriptible en termes de tâches spécifiques. La professionnalisation (au sens de création d'un groupe professionnel capable d'intervenir dans l'espace public) ne peut être qu'incertaine et fragile à cause de la nature même de l'emploi et du métier de pair-aidant salarié. Quel est cependant

¹⁰ La philosophie du soin nommée *recovery* est née aux États-Unis et trouve son origine dans des mouvements d'usagers des années 1980. Le terme est traditionnellement traduit en français par « rétablissement ». Cette traduction n'est pas très bonne, car « rétablissement » en français standard implique l'idée de guérison, ce qui n'est pas indiqué par *recovery*. D'où la nécessité d'ajouter *recovery* à « rétablissement » quand on utilise le sens anglophone de rétablissement. *Recovery* désigne une récupération, un aller mieux, une adaptation, qui n'est pas une sortie de la maladie, mais, même dans un cadre de chronicité, le recouvrement des capacités fonctionnelles à mener une vie bonne. Voir Provencher et Keyes (2010), Demailly (2017), Pachoud (2019). C'est devenu la philosophie du soin en santé mentale la plus légitime en France aujourd'hui.

¹¹ Sur les tentatives avortées d'écriture d'un tel référentiel, voir Demailly (2014).

l'intérêt du passage de la pair-aidance bénévole à la pair-aidance salariée ? Quels sont les enjeux de la professionnalisation ?

Le salariat de la pair-aidance en santé mentale a plusieurs intérêts. Il permet d'abord l'insertion professionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques. Il a un intérêt politique, c'est un levier de déstigmatisation de la maladie mentale, de mise en mouvement pour les équipes. Enfin, il présente un intérêt pour les patients : soutien de l'espoir, aide à l'*empowerment*, amélioration de la qualité des soins.

Mais il présente aussi des risques de dérive par rapport à la pair-aidance bénévole : celui du mimétisme par rapport aux professions reconnues. Le fait d'imiter, de s'approprier des manières de faire que le médiateur de santé pair observe chez les soignants est l'une des réponses à l'absence ou à la faible légitimité dont il dispose *a priori* du point de vue de sa qualification, ou au fait que son « savoir expérientiel », supposé constituer sa professionnalité autant, voire davantage, que la formation qu'il a reçue, ne semble pas, aux yeux des soignants établis, présenter de consistance suffisante.

Le pair peut espérer se construire une certaine légitimité, en accédant à des savoir-faire, voire des savoirs formels propres à des métiers existants, auxquels il souhaite s'assimiler. Dans ce contexte, le « savoir expérientiel » peut rester en quelque sorte à l'état rhétorique, voire dissimulé : certains pairs peuvent être tentés de cacher le fait qu'ils ont été des patients et s'appuyer essentiellement sur des savoirs d'action construits en cours d'activité.

Pourtant l'intérêt thérapeutique et politique de la fonction de médiateur de santé pair réside dans les décalages du pair avec l'institution, ses façons de voir différentes, son regard « neuf ». Si la professionnalisation s'obtient au prix d'une dépolitisation, l'intérêt de la pair-aidance salariée se limite alors à un accès à l'emploi pour quelques soignés, les pairs devenant seulement de la main-d'œuvre complémentaire moins rémunérée et moins coûteuse sur le plan de la formation initiale.

Sur le plan institutionnel, dans les services, les pairs-aidants professionnels sont porteurs d'une horizontalité soignés/soignant, et donc d'une critique des aspects descendants, paternalistes, voire violents, de l'institution psychiatrique.

Sur le plan clinique, leur qualité d'écoute des soignés, leur patience pour prendre en compte leurs petits problèmes de la vie quotidienne, leur empathie, ouvre des perspectives nouvelles quant à ce que signifie l'aide à l'« aller mieux ». Souvent se développe entre soigné et pair une camaraderie qui diminue effectivement pour le soigné la honte d'être malade, lui donne l'espoir de s'en sortir et constitue effectivement une aide au rétablissement et à l'*empowerment*.

