

En préambule, nous notons que dans le rapport du bureau de la Fnapsy apparaît une confusion constante entre les quatre positions suivantes : usagers des services de santé mentale, responsable d'association d'usagers, chargé de mission national pour le projet médiateurs de santé/pairs.

### **INTRODUCTION - RAPPORT FNAPSY**

*« La FNAPSY participe, depuis plusieurs années, à l'étude du projet « Pairs-aidants » rebaptisé depuis « Médiateurs de santé-pairs »*

*L'approfondissement de ce projet a confirmé les craintes exprimées dès le début par la FNAPSY.*

*Un voyage au Québec a permis de constater que la réalité dans ce pays était loin de la présentation qui en était faite.*

*Le déroulement des premiers mois de travail a mis en lumière l'incommunicabilité entre professionnels et usagers, et la quasi impossibilité de créer et de faire vivre harmonieusement des équipes communes.*

*Tirant les leçons de ces constatations le bureau de la FNAPSY a décidé, dans sa séance du 7 janvier 2011, faisant suite à la réflexion du conseil d'administration du 27 novembre 2010, de se retirer de ce projet.*

*Le présent rapport a pour objet de diffuser les renseignements recueillis lors de cette participation et de détailler les raisons de cette décision ».*

### **REPOSE DU CCOMS**

Le CCOMS prend bonne note « des craintes exprimées dès le début par la FNAPSY » concernant ce projet. Il avait noté les réticences de celle-ci tout au long du projet expérimental et s'était étonné du ralliement positif de la FNAPSY à ce projet le dernier jour de la formation des pairs-aidants dispensée par l'équipe québécoise à Lille en septembre 2009. Nous l'avons attribué d'une part au dynamisme évident du projet québécois, et d'autre part à la demande de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'inclure la Fnapsy au projet.

Le voyage d'étude au Québec de l'équipe projet « médiateurs de santé/pairs » en novembre 2010 a mis en évidence non seulement les limites mais également les réalités d'un projet innovant et de l'espoir qu'il suscitait chez les usagers et les équipes de santé mentale.

Il est tout à fait possible de communiquer harmonieusement entre usagers et professionnels non usagers à la condition que **chacun soit à sa place et dans son rôle**. Les exemples québécois, américain et marseillais sont là pour le prouver.

## **I - HISTORIQUE : RAPPORT FNAPSY**

*« Le projet Pairs-aidants a été proposé à la FNAPSY par le CCOMS (service dépendant de l'EPSM Lille-Métropole) voici plusieurs années.*

*Le CCOMS a proposé d'étudier le développement en France du concept de pair-aidant existant au QUEBEC et obtenant, d'après les renseignements dont il disposait, de bons résultats.*

*Le concept de pair-aidant repose sur l'idée que les personnes les mieux placées pour comprendre une personne en souffrance psychique sont les personnes ayant elles-mêmes été en souffrance psychique.*

*La désignation initiale résultait de ce concept, il s'agissait de faire aider les personnes en souffrance par d'autres personnes en souffrance (pairs).*

*Le but recherché était de favoriser la réinsertion des personnes embauchées comme pairs-aidants tout en assurant une meilleure prise en charge des autres usagers.*

*Dès l'origine la FNAPSY a indiqué que, si le concept était intéressant, il soulevait de multiples et délicats problèmes de conflit d'intérêts et, en plaçant les médiateurs de santé-pairs dans une situation ambiguë, risquait de provoquer des rechutes des pairs-aidants. Elle a cependant, compte tenu de la réussite annoncée du concept au Québec, accepté d'en approfondir l'étude et en particulier de participer à la phase d'expérimentation telle que décrite par la convention passée en 2010 entre l'EPSM Lille-Métropole et la CNSA.*

*C'est dans ces conditions que deux usagers ont été embauchés à mi temps par l'EPSM Lille-Métropole, en tant que chargés de mission usagers, dans le cadre de ce projet rebaptisé entre temps « Médiateurs de santé-pairs ». Le présent rapport est tiré de leur expérience. Celle-ci a mis en évidence :*

- Une réalité de l'expérience du Québec très différente de la présentation qui en était faite,*
- La quasi impossibilité de faire travailler harmonieusement des équipes mixtes. Ces deux points seront développés ci-après ».*

## **REPOSE DU CCOMS**

Le CCOMS ne pense pas que les « personnes ayant été en souffrance psychique » soient obligatoirement les « mieux placées ». Toute personne et tout professionnel peut l'être et l'est heureusement bien souvent. Par contre, un professionnel ayant un parcours de soins et rétabli peut mettre à profit utilement son expérience dans son travail, apportant ainsi un réel plus tant au niveau de l'équipe que des usagers. Il ne s'agira pas de savoir qui sera le mieux placé dans l'équipe pluridisciplinaire pour intervenir en fonction des situations données.

Dans le projet français, il est prévu que les médiateurs de santé-pairs seront des professionnels inclus dans les équipes pluridisciplinaires et chargés de l'accès aux soins, l'accompagnement et de la prévention pour les usagers des services de psychiatrie, de santé mentale et du médico-social. Ils sont donc clairement situés comme professionnels de santé, avec une expertise spécifique issue de leur expérience et de leur formation. Cette professionnalisation représente une garantie contre les conflits d'intérêt ou les situations ambiguës.

Le nouveau terme « médiateurs de santé/pairs (MSP) », choisit en commun dans le projet français, après amples discussions, pour remplacer le mot « pairs-aidants », découle de cet objectif de professionnalisation. Il est prévu d'offrir aux candidats MSP une formation en cours d'emploi, adaptée, dans le cadre d'un diplôme universitaire. Les candidats étant des personnes ayant un vécu de troubles psychiques et un parcours de soins institutionnels, et ayant recouvré la santé. Cette formation leur permettra d'exercer dans des services de psychiatrie, de santé mentale et médico-sociaux comme « médiateur de santé/pairs » et d'utiliser, lorsque cela est nécessaire, leur savoir expérientiel dans le cadre de leur profession. Pour ne pas forcer ces professionnels à un travail uniquement en santé mentale, le diplôme leur permettra de changer d'institution, voire de quitter le champ de la psychiatrie pour d'autres champs médicaux (sida, diabète, oncologie, maladies chroniques).

La formation en cours d'emploi est une garantie en tant qu'elle positionne le professionnel en formation immédiatement dans l'équipe soignante ou médico-sociale, avec un professionnel « binôme » infirmier ou travailleur social au sein même de l'équipe – celui-ci encadrant au jour le jour le MSP en formation. Un cadre de santé ou médico-social supervisera l'intégration dans l'équipe. Ils seront en rapport constant avec les chargés de mission usagers et professionnels.

Les équipes ne sont pas « mixtes ». Ce sont des équipes de santé mentale professionnelles incluant de multiples métiers et compétences, dont les médiateurs de santé/pairs.

Il en est de même pour les éducateurs, artistes, intervenants médico-sociaux, animateurs socio-culturels, assistants sociaux, jardiniers et professionnels de toute sorte qui ont été intégrés au fil du temps dans les équipes de santé mentale.

A notre sens, la multiplicité des professionnalités correspond le mieux à la dispense de soins de qualité, adaptés aux besoins des personnes.

Précisons, car ce n'est pas mentionné dans le rapport que les deux personnes embauchées comme chargés de mission à temps partiel pour le projet étaient - sur proposition de Claude Finkelstein - elle-même, présidente de la Fnapsy et Karim Khair, secrétaire général de la Fnapsy.

## **II – LA REALITE DE L'EXPERIENCE QUEBECOISE : RAPPORT FNAPSY**

*« L'un des usagers a participé au déplacement organisé au Canada en novembre 2010 et a pu, en marge des conférences officielles de présentation, rencontrer des pairs-aidants québécois et des représentants des associations qui les emploient. Il est ressorti de ces entretiens :*

- Qu'il y a eu des formations de pairs-aidants au Québec.*
- Que ces formations ont été organisées sous forme d'un campus de 15 jours, en immersion, et non sous forme d'un cursus à temps partiel s'étalant sur plusieurs mois. De plus ces*

*formations ont été entièrement faites par la représentante usager « pairs-aidants » du Québec.*

*- Que, sur les 30 pairs-aidants formés, une minorité a eu un emploi, les autres étant au chômage.*

*- Que, au surcroît, les personnes employées ne sont pas rémunérées directement par les hôpitaux mais par l'intermédiaire d'associations. Ce qui modifie totalement leurs liens avec les équipes soignantes.*

*Il résulte de ces constatations que l'expérience québécoise est notablement différente des présentations qui en avaient été faites et des propositions de transcription en France. Il en résulte également que cette expérience n'a pas répondu aux attentes qu'elle soulevait puisque seuls quelques pairs aidants sont en fonction au Québec, ce qui est très peu pour la population concernée, surtout après plusieurs années ».*

## **REPOSE CCOMS**

Précisons, car ce n'est pas noté dans le rapport, que « l'un des usagers [qui] a participé au déplacement organisé au Canada » était Claude Finkelstein, chargée de mission embauchée par l'EPSM Lille-Métropole; Karim Khair ayant démissionné de son poste de chargé de mission la veille du départ.

Le projet québécois a été présenté à plusieurs reprises ces dernières années.

Le matin de la 4<sup>e</sup> journée de recherche qui s'est tenue au siège de la Fnapsy (3 rue Evariste Galois, Paris 20) le 8 février 2008. Stéphanie Roucou, à l'époque chercheuse bénévole au CCOMS et usagère des services de santé mentale, a réalisé une présentation PowerPoint intitulée : « Présentation du projet PAR (Pairs-Aidants Réseau) phase I. Obstacles identifiés et pistes de solutions ». M. Antoine Dubuisson et Mme Marie-Christine Thibaut, membres de la Fnapsy ont assisté à cette présentation.

Le projet PAR a ensuite été présenté par les promotrices québécoises de ce programme elles-mêmes, Mme Lagueux et Mme Harvey, lors de la formation organisée conjointement par le CCOMS/EPSM Lille-Métropole et la Fnapsy du 1<sup>er</sup> au 13 décembre 2008. Quatre jours ont été prévus spécialement pour la formation des usagers. Une représentante de la Fnapsy, Marie-Christine Thibaut, n'a participé qu'à une seule journée sur 4, et n'a pas participé à la journée prévue en commun avec les professionnels où ont été débattues les questions soulevées par l'implantation du programme en France. Les 20 professionnels présents ont également suivi préalablement 4 jours de formation de façon indépendante.

Finalement, le programme a été une nouvelle fois présenté lors du colloque national sur les pairs-aidants organisé à Lille le 15 décembre 2008, auquel Mme Claude Finkelstein et M. Irénée Skotarek ont assisté au titre de la FNAPSY.

Il n'est donc pas étonnant que les constatations faites lors de la visite d'étude au Québec du 8 au 12 novembre 2010 aient été différentes de la présentation faites 2 ans et demi auparavant sur un programme ayant débuté en 2006.

Par ailleurs, précisions que ce ne sont pas 30 mais 68 pair-aidants qui ont été formés au Québec, dont 30 travaillaient en novembre 2010 soit 44 %.

Plusieurs usagers ont participé à la formation des pairs-aidants au Québec. Le Comité de Pilotage du programme français a choisi une formation avec des formateurs usagers et professionnels basée sur la formation des médiateurs de santé sous la forme d'un DESU qui comprend au total 510 h de formation. Les représentants de la Fnapsy ont participé à cette décision prise en commun.

Tous les pairs-aidant au Québec ne sont pas embauchés par l'intermédiaire d'associations. Une minorité, il est vrai, a été embauchée directement par les hôpitaux comme Roger Pelletier dans l'équipe PACT que nous avons rencontré avec Claude Finkelstein à l'hôpital Robert Giffard de Québec.

La reconnaissance du statut des pairs-aidants permettra l'embauche directe par les hôpitaux, ce qui est le souhait des promoteurs du programme.

### **III – LES PROBLEMES GENERAUX POSES PAR LA FORMATION D'EQUIPES MIXTES PROFESSIONNELS ET USAGERS : RAPPORT FNAPSY**

*« Les relations de travail sont souvent délicates et sont un des grands sujets de stress dans le monde moderne, même quand elles rassemblent des personnes de caractéristiques similaires. Tous les psychologues du travail savent que les conflits s'exacerbent dès que certaines personnes présentent des caractéristiques différentes et que la gestion de telles équipes exige beaucoup de doigté.*

*Par exemple pour que les personnes qui se sentent « supérieures » respectent les autres membres et pour que les autres membres ne se « sentent » pas méprisés.*

*Par exemple pour que les personnes qui ont une meilleure résistance ne se sentent pas exploitées et pour que les autres ne se sentent pas « noyées », etc.*

*Ces difficultés sont évidentes dans le cas d'équipes mixtes soignants/ usagers rémunérés*

*Les soignants possèdent des compétences techniques qui manquent aux usagers.*

*Les usagers possèdent une connaissance interne de la maladie, une empathie, savoir qui ne peut pas se transmettre aux soignants.*

*Même lorsque le paroxysme de la pathologie est passé, les usagers souffrent d'une résistance physique ou psychique plus fragile, leur demander de suivre le même rythme de travail que des collègues professionnels soignants, est le meilleur moyen d'entraîner une rechute ».*

### **REPOSE CCOMS**

Comme dit auparavant, les équipes ne sont pas mixtes. Toutes les précautions nécessaires seront prises pour la réussite du projet concernant les médiateurs de santé, à savoir :

- embauche sur appel à candidature pour tous les usagers ou ex-usagers souhaitant une formation qualifiante en cours d'emploi,
- possibilité de travail à temps partiel,
- possibilité de faire valoir son statut de travailleur handicapé et adaptation du poste,
- avis du médecin du travail pour adaptation des rythmes de travail,
- binôme d'intégration dans l'équipe et tutorat du cadre et de l'équipe
- formation spécifique du cadre, du binôme et de l'ensemble de l'équipe au travail avec des médiateurs de santé-pairs
- accord du médecin psychiatre responsable de l'équipe et du chef de pôle,
- suivi régulier par les chargés de mission, formateurs, professionnels et usagers,
- application des règles de respect du travail pour tous,
- diffusion du savoir des professionnels et usagers formés aux étudiants suivant les règles habituelles de la dispensation du savoir et de l'échange d'expériences.

Telles sont les préconisations élaborées à l'issue des 6 mois de travail préparatoire en commun et des visites.

#### **IV – L'EXPERIENCE FRANCAISE : RAPPORT FNAPSY**

*« Le but de la convention passée entre l'EPSM Lille-Métropole et la CNSA était de préparer, conjointement entre des soignants et des usagers, la formation et l'embauche d'une première promotion de « médiateurs de santé-pairs » et le suivi de leurs premières activités.*

*Cette formation devait être conçue avec la participation d'usagers qui devaient veiller à ce que la formation, mais aussi les activités confiées aux médiateurs de santé-pairs, soient compatibles avec leur sensibilité et amènent des avantages positifs pour chacun, soignés, soignants et médiateurs.*

*Ils devaient être, en particulier, garants du respect du premier principe d'Esculape : « primo non nocere » appliqué, en premier, aux médiateurs.*

*Leur souci, au moment de leur embauche par l'EPSM, était que, pris dans les problèmes de leur gestion quotidienne, les chefs de service, employant des médiateurs de santé-pairs, n'en viennent pas à oublier la fragilité de ceux-ci, et ne leur demandent pas des compétences excédant celles qu'ils possèdent, ou un rythme de travail insoutenable compte tenu de leur fragilité (qui est également leur force).*

*Ils s'attendaient à partager ce souci avec les professionnels promoteurs du projet et en particulier avec le directeur du CCOMS.*

*Tel ne fut pas le cas.*

*Outre les problèmes d'organisation résultant de l'inexpérience de l'équipe du CCOMS dans le travail avec des personnes basées dans une région différente de l'agglomération Lilloise, les chargés de mission usagers se sont heurtés à deux sortes de problèmes :*

- *L'impossibilité de prendre en compte la parole des usagers.*
- *L'impossibilité de prendre en compte la spécificité des usagers. »*

## **REPONSE CCOMS**

Aucun médiateur de santé/pairs n'a été embauché à ce jour dans le programme par l'EPSM Lille-Métropole. Il y a ici à nouveau une confusion complète entre les statuts de chargés de mission sur le projet MSP et celui de MSP en tant que tel.

L'expérience française s'est inspirée de l'expérience québécoise en tenant compte des spécificités françaises. En particulier la formation – le Diplôme Information Médiation et Accompagnement en Santé (IMAS) devrait donner toutes garanties ; 2 modules sur 4 seront centrés sur la santé mentale. Le programme est en cours de réalisation avec Paris VIII.

Au départ, du programme MSP CCOMS/EPSM Lille-Métropole/FNAPSY prévoyaient 2 personnes à temps plein travaillant en binôme au CCOMS pour la mise en place, le suivi du programme et la formation :

- un cadre de santé supérieur
- un chargé de mission usager

Cette configuration n'a pas été mise en place pour des raisons liées à la défection d'un cadre de santé au CCOMS ce qui a eu comme conséquence la transformation en 4 mi-temps.

La FNAPSY a proposé que soient embauchés à mi-temps en tant que chargés de mission, sa présidente et son secrétaire général. Le CCOMS a attiré l'attention de la présidente sur les conflits d'intérêts possibles et sur l'impossibilité d'être à la fois Présidente et Secrétaire de la FNAPSY et chargé de mission. La Présidente de la FNAPSY, dans un mail du 13/08/2010, nous a indiqué qu'elle devait continuer sa fonction de Présidente encore 1 an du fait de ses engagements.

Ajoutons que le lieu de travail des chargés de mission usagers était Paris et celui des chargés de mission professionnels, Lille. La distance a sans doute été dommageable pour un projet qui se doit d'être concentré et professionnel.

Enfin, la fiche de poste initiale des chargés de mission a sous-évalué les 22 à 25 semaines dans l'année de déplacements sur la France pour la formation et le suivi du programme sur les 3 sites (Lille, Paris, Marseille). Par ailleurs, les postes de chargés de mission MSP n'ont pas été pourvus par appel à candidature mais sur proposition de la FNAPSY et du CCOMS.

Sur la question du « garant du principe d'Esculape » c'est bien évidemment le médecin qui en est garant pour les malades qu'il soigne, professionnellement parlant. Il ne s'agit en aucun cas d'appliquer le principe d'Esculape aux professionnels qui ne sont pas malades et que le médecin ne soigne pas. Il y a encore une fois confusion dans l'argumentaire entre la position d'usagers et de MSP. Ces derniers seront des professionnels à part entière et non des patients que les professionnels devront soigner. Il a d'ailleurs bien été noté dans la fiche de poste des MSP que l'on ne pouvait pas à la fois être MSP et être soigné ou avoir été soigné par l'équipe qui vous embauche.

Par contre, au-delà de ce principe, la nécessité de ne pas nuire à son prochain est une règle éthique qui s'applique à tout citoyen et dans toutes les situations.

Professionnellement parlant, il convient que chacun soit conscient de ses droits, devoirs et responsabilités. Le CCOMS et l'EPSM Lille-Métropole se sont sans cesse adaptés aux demandes multiples des chargés de mission usagers et ont tenté à chaque fois d'aplanir les difficultés avec une mise à disposition complète de leurs ressources.

#### **IV - L'IMPOSSIBILITE DE PRENDRE EN COMPTE LA PAROLE DES USAGERS : RAPPORT FNAPSY**

*« La FNAPSY avait, malgré ses réticences, accepté de participer au projet pour que celui-ci ne soit pas uniquement une construction intellectuelle dressée par des professionnels soignants, sans prendre en compte les besoins des usagers, qui sont souvent différents de ce que les professionnels peuvent imaginer.*

*Or il est apparu que, non seulement les chargés de mission usagers n'ont pu, au cours des quatre mois passés, obtenir une réunion sérieuse consacrée à la définition précise du projet, mais que, dans la conduite quotidienne du projet, les avis qu'ils exprimaient n'étaient jamais pris en compte, même comme facteurs de discussion. Le dernier exemple en date concerne le recrutement d'un nouveau chargé de mission usager (à 80% du temps), pour lequel le CCOMS a décidé de convoquer des candidats avant que la convention EPSM FNAPSY (laquelle devait définir exactement la mise en place de ce poste), ne soit discutée et signée ».*

#### **REPOSE CCOMS**

Le CCOMS s'est basé essentiellement sur le travail effectué par Nathalie Lagueux et Diane Harvey au Québec. Nathalie Lagueux est usagère et se revendique en tant que telle. Elle est aussi professionnelle et excellente formatrice, comme elle l'a démontré lors de la formation qu'elle a animée à Armentières. Elle a su montrer à quel point le programme est enrichissant et pouvait entraîner l'adhésion des services, des professionnels et des usagers eux-mêmes.

Au cours des mois de préparation, les réunions consacrées au programme ont été multiples et le CCOMS a dû tenir compte en permanence des avis et demandes changeants de la chargée de mission usagère, et de la présidente de la FNAPSY.

La surcharge d'activités mentionnée est peut-être à mettre en relation avec le cumul de fonction de la chargée de mission usagère (avec l'implication en temps et en énergie nécessaire au début d'un projet innovant), en même temps présidente de la FNAPSY (avec tout le travail que cela entraîne). Par ailleurs, notons que la montée en charge du programme MSP a correspondu, au niveau du CCOMS à une période de très forte activité sur d'autres programmes.

Afin d'améliorer le projet et mettre en place les conditions de travail adéquates, après le voyage au Québec, il était devenu évident qu'il fallait changer de fonctionnement et passer à une organisation efficace et ergonomique, viable pour tous. Ceci a été discuté en commun et il a été décidé de recentrer ce projet sur la professionnalisation et de repositionner l'organisation comme prévu initialement, à savoir 2 chargés de mission temps plein à Lille (usager et professionnel) assurant le suivi dans les 3 régions.

Par esprit de compromis, nous avons opté pour 2 chargés de mission formateurs à 80% et 2 consultants à 20% - ces consultants devant représenter d'une part la FNAPSY par sa présidente, et d'autre part le CCOMS par mise à disposition d'un médecin psychiatre impliqué.

Notons que d'autres configurations ont été évoquées afin d'éviter la confusion des rôles :

- Inclusion de la présidente et du secrétaire général de la FNAPSY dans le Comité de Pilotage du programme, et recrutement des consultants usager et professionnel sur appel à candidature.
- Démission de la présidente de sa fonction à la FNAPSY, et recrutement à 80% à Lille pour mettre en place le projet.

Ces deux propositions ont été faites mais le retrait du bureau de la FNAPSY du programme les a rendues caduques.

Nous rappelons que la convocation des candidates au poste de chargé de mission a été mise en place conjointement par la présidente de la FNAPSY et le CCOMS, suivant une procédure commune élaborée par mails (rendez-vous des candidats avec la Fnapsy le matin, l'après-midi avec le CCOMS), puis rencontre avec la DRH de l'EPSM Lille-Métropole. Deux candidates ont été reçues début janvier suivant cette procédure.

Le 3 janvier après-midi la proposition de convention Fnapsy / EPSM Lille-Métropole a été étudiée avec la présidente et le secrétaire général de la FNAPSY. Ces derniers devant ensuite fournir des propositions d'amendements pour la prochaine réunion du 10 janvier, durant laquelle il avait été convenu d'étudier en commun les candidatures et de statuer sur la convention.

La réponse que le CCOMS a reçue fut l'annonce du retrait de la Fnapsy, que nous avons appris par la CNSA, le Dr Vincent GIRARD et l'Agence de Presse Médicale.

#### **IV – L'IMPOSSIBILITE DE PRENDRE EN COMPTE LA SPECIFICITE DES USAGERS (SUITE) : RAPPORT FNAPSY**

*« Les personnes étant ou ayant été en souffrance psychique se caractérisent par leur moindre résistance physique et psychique. »*

*La FNAPSY a toujours attiré l'attention du CCOMS sur ce point.*

*Elle s'attendait à ce que des personnes averties, comme le sont les cadres du CCOMS en tiennent compte.*

*Or tel n'a pas été le cas, le chef de projet considérant que « quand on fait parti d'un projet de recherche on doit être disponible » et « que les personnes doivent être guéries ».*

*Une telle conduite est la négation même de la prise en compte des particularités des usagers qui ne peuvent soutenir un rythme de travail élevé sous peine de rechute. (Ce qui a été bien spécifié au Québec, chaque pair-aidant mentionnant ce fait).*

*Cette attitude a elle seule montre le caractère dangereux du projet. Si une équipe de chercheur, a priori compétente et informée, néglige à ce point l'un des paramètres clés du travail avec les usagers, comment attendre un meilleur respect de la part de chefs de service moins informés ? »*

## **REPOSE CCOMS**

Le CCOMS est conscient de la possible moindre résistance physique et psychique de certains usagers et en tient compte.

La question de la guérison est posée dans votre rapport hors contexte : c'est la question de la traduction du terme « recovery » qui est en cause. « Recovery » est un processus complexe qui permet à l'individu de retrouver une santé positive indépendamment de la guérison. Et c'est de ce processus de « recouvrement » de la santé dont il est question. Il s'agit de discussions théoriques et pratiques que nous avons eues et que nous aurons encore tout au long du programme. Nous avons convenu d'organiser un colloque de réflexion uniquement sur ce thème.

Toutes les personnes qui ont des troubles psychiques – aigus, intermittents ou persistants peuvent recouvrer la santé avec ou sans limitation (situation de handicap) avec ou sans symptômes persistants.

La question posée par le Bureau de la FNAPSY est surtout celle des conditions de travail des personnels : celles-ci peuvent varier du très éprouvant au dangereux (accident de travail, harcèlement, suicide). Rappelons que c'est l'une des priorités de l'OMS Europe et de la Communauté Européenne pour la santé mentale, d'améliorer les conditions de vie au travail. Rappelons aussi que le secteur public hospitalier et les structures médico-sociales ont fait un effort important dans la lutte contre les mauvaises conditions de travail. Les CHSCT ont un rôle de prévention de la souffrance psychique au travail ; le médecin du travail de même. C'est une responsabilité éthique des cadres et directions des établissements de santé.

Les structures qui embaucheront les médiateurs de santé/pairs seront particulièrement attentives à ce point, d'autant plus que les médiateurs de santé/pairs pourront faire valoir éventuellement leurs qualités de travailleurs handicapés. Les postes seront étudiés au cas par cas avec l'hôpital d'embauche, la DRH, le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et l'équipe d'embauche.

En faire plus risquerait une stigmatisation du médiateur de santé/pair car ce seront des professionnels intégrés dans les équipes avec les mêmes droits et devoirs que les autres, dont les limitations éventuelles doivent être prises en compte.

L'enseignement de ce travail pour le CCOMS est qu'il peut être difficile voire dangereux de faire travailler une équipe en la scindant, à distance, et en mélangeant les rôles et les fonctions. Les services de psychiatrie se doivent d'être entièrement centrés sur l'aide et l'écoute des usagers et les médiateurs de santé/pairs seront là non pas pour se soigner ou être soignés, mais bel et bien pour rendre service aux patients, accompagner, prendre soin, et participer à leur éducation thérapeutique. Les patients sont pris en charge dans des équipes pluridisciplinaires dont les médiateurs de santé/pairs feront partie.

### **CONCLUSIONS / RAPPORT FNAPSY**

*« Il apparaît à la lumière de l'expérience qui vient d'être vécue, non seulement que le projet de médiateur de santé pair ne répond pas aux attentes qu'on avait placées en lui mais en plus qu'il sera nocif.*

*- pour la santé des médiateurs qui, confrontés à un rythme de travail dépassant leur capacité et à la souffrance d'autrui, sans possibilité d'en référer à un pair ou à l'association qui est leur responsable, ont toutes chances de subir des rechutes.*

*- pour les services qui seront désorientés devant ces particularités, et désorganisés par les rechutes à répétition de ces collaborateurs.*

*- pour les patients qui auront des difficultés à bien identifier ces « nouveaux professionnels » et leur rôle exact ».*

### **REPOSE CCOMS**

Contrairement à ce qu'affirme le bureau de la FNAPSY, le CCOMS est persuadé de la **viabilité, de l'intérêt et de l'utilité du programme, pour les usagers des services de psychiatrie, de santé mentale et médico-sociaux. Les médiateurs de santé/pairs sont un nouveau métier centré sur l'éducation thérapeutique, l'accès aux soins, le soutien et l'accompagnement dans la cité.**

- Les médiateurs de santé/pairs seront embauchés par binômes dans les équipes. La référence à un « pair » sera de ce fait constante. De plus les formations et regroupements auront lieu dans chaque structure avec des formateurs dont feront partie les usagers. C'est le service public hospitalier et les structures médico-sociales qui mettront en œuvre la référence au sein des établissements. Pour l'expérimentation, un des chargés de mission est lui-même usager des services de santé mentale et assure avec le chargé de mission professionnel la supervision.

- **Soulignons enfin que les médiateurs de santé/pairs n'émaneront pas obligatoirement d'associations d'usagers.** Ils seront intégrés dans le programme expérimental et il est important qu'ils soient **recrutés sur appel à candidature et fiche de poste**, en tenant compte de leurs compétences, de leur aptitude à l'emploi et de leur capacité à suivre un cursus universitaire. Ils seront ensuite embauchés avec l'accord du DRH de l'établissement concerné. C'est le directeur de l'hôpital ou de l'EPSM ou de la structure médico-sociale qui choisit en définitive les personnes avec l'avis conforme de l'équipe qui les reçoit, du cadre infirmier, du médecin et du chef de pôle.

Il est possible de penser que toutes ces conditions permettront aux médiateurs de santé/pairs de s'épanouir dans leur profession. Si l'activité professionnelle est bien investie, elle donne un statut social et une intégration dans un collectif de travail qui doivent permettre d'aller mieux.

Cette formation s'adressera aux personnes qui pourront répondre aux exigences de la formation elle-même et au poste de travail en tenant compte de leur situation de handicap si elles le souhaitent.

Notons que de multiples usagers et ex-usagers des services de santé mentale travaillent déjà en milieu ordinaire avec ou sans RQTH, à des rythmes parfois normaux et il n'y a pas lieu de stigmatiser cette population. Le programme, et à plus long terme nous l'espérons, le statut de médiateur de santé-pair ne doit pas stigmatiser cette population, mais bien offrir à ceux qui le souhaitent un cadre professionnel qui reconnaisse et valorise leur expertise expérientielle.

En conclusion nous pensons que, dans les conditions prévues par le programme, ce projet sera bénéfique pour les services de psychiatrie, de santé mentale et médico-sociaux et pour les médiateurs de santé/pairs eux-mêmes.

Pour le Centre Collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale

Jean-Luc ROELANDT, Directeur  
Patrick LE CARDINAL, Chargé de mission  
Massimo MARSILI, Chargé de mission