



Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style

Lise Demailly & Nadia Garnoussi

Résumé

Français / English

L'article présente une recherche sur les savoir-faire d'acteurs apparus récemment dans le champ de la santé mentale en France, les Médiateurs de santé pairs (MSP), (ex)-patients de la psychiatrie embauchés par les équipes de soin psychiatrique public, dans le cadre d'un programme expérimental dirigé par le CCOMS de 2011 à 2014. Ce programme a pour but la transformation des représentations des soignants, la déstigmatisation et l'*empowerment* des patients. Il est animé par une philosophie du « rétablissement » (au sens anglo-saxon de *recovery*) et de la valorisation des savoirs profanes : l'utilité spécifique des MSP relèverait d'un « savoir expérientiel » produit par le vécu de la maladie mentale et du soin. Après avoir dégagé en quoi peuvent consister les savoirs d'expérience des MSP, nous proposons de les concevoir comme « savoir y faire avec la domination ». Puis nous décrivons, dans leur professionnalité en émergence, trois modes de construction d'un savoir-faire décrit en termes de style et/ou de techniques : ils correspondent à différentes manières d'exploiter ou au contraire d'euphémiser le « savoir expérientiel » et à des visées distinctes en termes de transformation de la normativité soignante dominante.

Know-how's of new actors in the field of mental health, the Peer Health Mediators ("MSP"), former patients in psychiatry, hired by public psychiatric care units, in the frame of an experimental programme of CCOMS, 2011-2014. That programme aims at transformation of the caring staffs representations, stigma erasing, and empowerment of patients. It is motivated by a philosophy of recovery (in French: "rétablissement") and valorisation of lay knowledge: the specific interest to MSP is thought related to experience grounded knowledge, developed through personal experience of mental disease and care. We first outline the possible consistency of experience grounded knowledge, which we understand as know-how to domination. Further, in an emerging professionalism, we see three process of construction of know-how, in terms of style or/and techniques: they match with the variety of

ways to emphasize or understate the experience grounded knowledge, and with distinct views to transformation of dominant standards for care.

Entrées d'index

Mots clés : Médiateurs de santé pairs en santé mentale, empowerment, rétablissement, expérience, savoir-faire, « savoir expérientiel », styles

Key words: Health peer mediators, mental health, psychiatry, empowerment, recovery, experience, know-how, experience grounded knowledge, style

Texte intégral

Introduction

L'*empowerment*, comme philosophie d'activation ou d'optimisation des capacités des patients à prendre le contrôle de leurs troubles afin d'en limiter l'impact sur leur vie sociale, est devenu un pivot et une justification majeurs des innovations dans les politiques et pratiques de santé mentale. C'est à plusieurs niveaux que le programme Médiateurs de Santé Pairs, lancé en 2011 par le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé en France pour la santé mentale (CCOMS), entend appliquer cette philosophie. Il s'agit en effet d'embaucher dans les structures de soin en santé mentale (comme « adjoint administratif », catégorie C de la fonction publique), sur contrat à durée déterminée renouvelable, d'(ex)-patients de la psychiatrie, personnes ayant eu ou ayant encore des troubles psychiques, rétablis ou en voie de « rétablissement¹ », après qu'ils aient été stagiaires un an et suivi parallèlement une formation de huit semaines (diplôme universitaire à l'université Paris VIII). Le programme est financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les quinze établissements hospitaliers concernés, trois Agences régionales de santé et la direction générale de la Santé. Après sa phase expérimentale, achevée en juin 2014, le programme pourrait être étendu, en principe, à d'autres régions. Celui-ci doit donc permettre à des individus souvent fragilisés face au marché du travail l'accès à un emploi stable mobilisant des compétences nobles – contribuer au soin – à même de conforter le processus d'autonomisation dans lequel ils sont engagés. Il doit offrir également la possibilité aux usagers des services de soin de s'identifier à un modèle de dynamique personnelle que ne pourraient incarner les professionnels « classiques », n'ayant pas vécu la maladie.

De cette façon, le programme MSP s'inscrit dans la droite ligne des politiques « orientées vers le rétablissement » (*recovery*) promues au niveau européen, véhiculées par les professionnels favorables à l'extension sociale des prises en charge, ainsi que par des mouvements de patients – dont le poids et l'influence se sont construits d'abord autour des maladies

¹ Terme employé par le CCOMS.

Les MSP étaient au nombre initial de 29, ils sont aujourd'hui 14 (ou 15). 9 ont quitté le programme dans les premières semaines de stage (4 sorties volontaires, 3 évictions, 2 décisions conjointes), 4 après l'obtention du diplôme et leur recrutement (départs volontaires ou décisions conjointes) ; une non-reconduction de contrat à la fin de l'expérimentation pourrait donner lieu à réembauche ailleurs.

chroniques (Akrich *et al.*, 2009 ; Barbot, 2002). Au centre de ces politiques est affirmé le principe de la déstigmatisation et de l'*empowerment* des personnes souffrant de troubles mentaux – qu'il s'agisse de troubles devenus ordinaires comme la dépression ou de pathologies psychiatriques lourdes comme la schizophrénie –, étapes indispensables à la diminution du coût social, économique et individuel de ces troubles².

À cette lutte contre la stigmatisation, participe en particulier la demande de reconnaissance des capacités des patients à s'intégrer et/ou à s'épanouir socialement, à condition que ces capacités soient activées ou optimisées grâce à des prises en charge plus précoces, plus modulables, plus efficaces (Champion *et al.*, 2014). À cette fin, les politiques en faveur de la santé mentale œuvrent pour le développement de dispositifs et d'interventions au carrefour du médical, du psychologique et du social. Rapportées à un spectre élargi des problèmes légitimes, mesurables à l'aune de la norme du bien-être global, ces initiatives veulent aller plus loin que la contenance des symptômes de débordement psychique à laquelle la psychiatrie classique se limiterait trop souvent. Il est question de promouvoir la « bonne » santé mentale, de prévenir les risques, mais aussi d'éviter aux usagers de la psychiatrie la chronicisation, de leur donner un « espoir » de « rétablissement » (une vie bonne et autonome, même si la maladie est chronique), de leur donner les moyens concrets d'accéder à une existence épanouissante – et la possibilité de travailler en serait l'une des dimensions essentielles. Cette perspective suppose de voir les individus comme premiers acteurs de leur rétablissement, les associant pleinement de la sorte au développement de la démocratie sanitaire (Akrich, Rabeharisoa, 2012 ; Demailly, 2014 a ; Maudet, 2002).

Sur la base d'une enquête menée auprès des MSP, des équipes de soin³, ainsi que des usagers, ce sont les savoir-faire des MSP, en termes de styles et de techniques que cet article analyse spécifiquement. En effet, ces derniers - nous entendrons par savoir-faire, selon la définition classique en sociologie du travail et de la formation (Stroobants, 1993), la maîtrise pratique des moyens nécessaires à l'accomplissement d'une tâche⁴, sont au fondement de la professionnalité qu'ils tentent de construire en l'appuyant essentiellement sur un « savoir expérientiel », dont la définition est floue, parfois polémique. Après avoir éclairci ce que recouvrent les savoirs d'expérience des MSP, y compris leur « savoir expérientiel⁵ » d'ex-malades et d'ex-patients, nous proposons de les caractériser dans la pratique des MSP comme savoir-y-faire avec la domination, car celle-ci marque à plusieurs égards leur trajectoire : domination sociale (la plupart étaient sans emploi, certains ont connu de graves difficultés financières, voire le fait d'être sans logement), symbolique (ils ont connu la stigmatisation, les discriminations, ils ont eu l'impression de susciter la peur ou le mépris chez les autres humains ; quasiment tous ont subi l'hospitalisation en hôpital psychiatrique, parfois comme internements sous contrainte, les procédures d'isolement et de contention. Nous analysons ensuite leurs différents styles en les renvoyant à trois types : celui du mimétisme soignant, celui de la disponibilité bienveillante et celui de l'usage de charisme personnel. Ces

² Nous renvoyons ici aux rapports publiés par l'OMS sur la santé mentale depuis 2001, date de parution du Rapport sur la santé dans le monde consacré à la santé mentale.

³ Nous avons été chargés de l'évaluation de ce programme (Demailly *et al.*, 2014), d'où un excellent accès aux terrains, comme le montre l'annexe méthodologique en fin de texte. Nous avons pu réaliser plusieurs études sociologiques à cette occasion, dont celle qui est présentée ici.

⁴ Savoirs directement opérationnalisables, techniques, habitudes, routines, etc.

⁵ Suivant le terme du CCOMS, nous y revenons en détail plus loin.

types montrent des modalités distinctes d'utilisation de l'expérience de la maladie de la trajectoire de patient et de rétablissement, ainsi que de la socialisation antérieure. Ils signifient également des rapports distincts à l'institution et à la normativité soignante, cela indiquant la variabilité de la spécificité des MSP face aux autres professionnels et de leur capacité à apporter un changement dans les pratiques existantes.

Pourquoi il est difficile d'analyser le savoir-faire des MSP

Des acteurs en position défensive sur la question des savoir-faire

Il est sans doute trop tôt pour décrire le savoir-faire des médiateurs de santé pairs, car ceux-ci, au nombre de 15 en France, un tout petit groupe donc, ne sont au travail que depuis deux ans et ont dû inventer leur rôle et leur poste de travail. Cette durée, la petitesse de leur nombre et la relative faiblesse des échanges collectifs au sein du groupe rendent difficile une appréhension synthétique des savoir-faire développés. Sans doute des listes de compétence requises circulent-elles au Québec, en Écosse ou aux Pays-Bas, pour des fonctions similaires de « pair-aidant », comme aussi en France pour les patients experts de l'éducation thérapeutique. Mais les situations de travail et d'emploi sont vraiment diverses (Déchamp-Leroux, 2014. De ce fait, quand les compétences paraissent transférables d'un cadre à l'autre, c'est qu'elles sont abstraites et générales, peu spécifiques, qu'elles pourraient à la limite être écrites de manière *a priori* sans aucune observation des pratiques concrètes⁶. Il s'agira au contraire dans ce texte de partir d'un matériel empirique important (les observations *in situ* du travail des MSP dans les services psychiatriques, les entretiens avec eux, leurs coéquipiers, les patients qu'ils suivent).

Pourquoi s'intéresser à la question des savoir-faire ? Parce qu'elle s'est imposée au cœur des préoccupations du réseau promoteur de l'expérimentation et qu'elle est venue tout de suite occuper avec insistance les espaces de débats externes au programme, souvent de manière polémique (de quels savoirs pourraient bien disposer des ex-malades à peine formés⁷ ?) ainsi que les espaces de débat interne au programme : comment promouvoir une nouvelle profession⁸ si ce n'est en démontrant que ses ressortissants disposent de « compétences » spécifiques, insubstituables et précieuses ?

Or, la mise en évidence publique de telles compétences ne peut difficilement se faire sans bousculer les représentations fondamentales des professionnels du soin en psychiatrie. En premier lieu, celle d'une frontière intangible entre soignants et patients. Elle s'est d'autant plus imposée en psychiatrie que la maladie mentale renvoie à la confusion, questionnant notamment la capacité de l'individu à discerner la place, le rôle et les intentions d'autrui. L'importance de cette frontière dans les approches professionnelles se mesure d'ailleurs au fait que les mouvements de protestation de la psychiatrie la dénoncent communément,

⁶ Du type : « savoir communiquer », « savoir travailler en équipe », etc.

⁷ Voir l'intervention du psychiatre Guy Baillon dans *Médiapart*, 13 décembre 2012 : « Générosité ne suffit pas. Être malade ne nous octroie pas un diplôme de soignant ».

⁸ Sur la question de la professionnalisation des MSP, voir Demailly (2014b). L'article raconte notamment les successives tentatives pour créer un « nouveau métier » et les difficultés auxquelles elles se heurtent.

comme participant des logiques d'étiquetage et de stigmatisation véhiculées par la normativité soignante, par la distinction qu'elle institue et répète entre les « malades » et les « normaux ». Pour beaucoup de professionnels, le maintien de la distance symbolique et relationnelle est un moyen de sécurité personnelle ainsi que d'efficacité de la prise en charge. C'est l'un des dilemmes du programme expérimental : comment tenir l'objectif de transformation des pratiques de soin sans les remettre brutalement en cause ? Ce sont principalement les infirmiers qui se sont sentis visés par ce qu'ils ont reçu comme une critique de leur manière de faire avec les patients, donc de leurs compétences propres. Les plus concurrencés également, dans un champ de la santé mentale où interviennent déjà de nombreux métiers, puisque les médiateurs s'imposent dans l'éducation thérapeutique, le travail de compliance et d'adhésion aux soins, le travail relationnel ordinaire. Les résistances développées par une partie des soignants se sont traduites par le renvoi du « savoir expérientiel » à la subjectivité, à l'arbitraire, à l'amateurisme. Ainsi, si la faible formalisation des compétences des MSP constituait au démarrage un argument en faveur du programme – au nom de l'humanisation du soin et de la déstigmatisation des malades – c'était en même temps une de ses principales faiblesses.

L'incertitude de la position des MSP dans le cadre d'un programme expérimental, les inquiétudes quant à un emploi durable des personnes embauchées et quant à l'extension de ce cadre d'emploi à de nouvelles promotions ont conduit le CCOMS à enclencher dès 2013 une réflexion sur les « compétences » des MSP. Celle-ci, comme nous en avons fait le récit par ailleurs, a échoué à formaliser les savoir-faire des MSP et à les lister dans le langage de la compétence (Demailly, 2014b). Parallèlement – une autre tentative au CCOMS pour approcher les savoir-faire a formalisé un ensemble de principes d'action pour les MSP (et corrélativement les erreurs de positionnement qu'ils doivent éviter). Certains peuvent fonctionner comme des prérequis pour une embauche (par exemple : « ne pas avoir de compte à régler avec l'institution psychiatrie » « ne pas se positionner en avocat des usagers »). Enfin, une dernière méthode utilisée à partir de 2014 par le CCOMS pour se saisir rationnellement du savoir-faire des MSP est de faire travailler les médiateurs avec des cliniciens⁹, chargés d'identifier et de valoriser leur « savoir expérientiel », en somme chargés de fournir du matériel et des arguments pour montrer 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.

Plusieurs tentatives de description circulent donc. L'ensemble de ces projets réflexifs se fait en position défensive. Ils se heurtent de ce fait à quelques impasses : difficultés du travail collectif dans la mesure où le collectif des MSP lui-même n'est pas encore constitué et connaît même des obstacles à sa constitution ; idéologisation et sacralisation¹⁰ de certains mots qui fonctionnent comme de purs étendards (« rétablissement » ou « lutte contre la stigmatisation » par exemple), coupure entre les sujets et leur expérience quand le « savoir expérientiel » est pensé comme un bagage mesurable et évaluable (« trois ans d'expérience d'hôpital psychiatrique valent bien deux ans de formation universitaire » dit un MSP, ardent défenseur du passage des MSP en catégorie B de la fonction publique).

⁹ Un psychanalyste, un phénoménologue et un clinicien systémiste.

¹⁰ C'est particulièrement le cas des mots magiques « rétablissement » ou « orientation vers le rétablissement » que l'on croit comprendre mais dont on ne sait pas bien comment les opérationnaliser.

Souligner ces difficultés n'est pas dénigrer les stratégies de création d'un groupe professionnel, mais montrer que la réflexion sur les savoir-faire des MSP est jusqu'ici orientée et gênée par des priorités stratégiques et rhétoriques, qui sont : défendre la légitimité des MSP face aux personnels soignants des services hospitaliers psychiatriques, face à la bureaucratie de l'administration publique, promouvoir le développement de leur carrière salariale (accès à contrat à durée indéterminée, accès à la catégorie B de la fonction publique). Les défenseurs du programme rêvent dans ce contexte d'une doctrine constituée (à entendre au sens d'un système de techniques destiné à l'apprentissage et pouvant être exposé), qui permettrait de faire taire opposants et sceptiques. Or, il n'est pas certain que les savoir-faire des MSP puissent se construire en doctrine constituée : ce sera l'une des thèses de ce texte. Il s'agira ici d'essayer donc de reprendre la question des savoir-faire d'un point de vue moins stratégique, plus ethnographique et plus clinique - au sens de la sociologie clinique (Gaulejac, Hanique, 2007).

La diversité des pratiques

Un projet de description et d'analyse des savoir-faire des MSP se heurte à une deuxième difficulté : la forte diversité des pratiques, diversité sur laquelle il est difficile d'opérer une réduction, car, comme on le montrera par la suite, la pratique des MSP est foncièrement singulière, mais dont il faudra cependant sociologiquement rendre compte, y compris dans cette dimension de singularité¹¹. On peut faire des hypothèses sur cette diversité. La formation de huit semaines dans un DU a davantage fonctionné comme une resocialisation au travail et un soutien de la motivation pour le programme que comme une transmission de savoir-faire, d'autant plus que le « métier » était à créer, sans traditions, ni techniques préexistantes¹².

Les pratiques des MSP, de ce fait, ont été conditionnées par la place que leur laisse aménager l'équipe, dans les murs ou hors les murs, avec faible ou forte autonomie. Elles sont à envisager comme résultant de précontraintes découlant de l'institution psychiatrique en général, de la philosophie du service où est employé le MSP, de l'organisation et de la division du travail qu'il préconise, des manières de faire habituelles de l'ensemble des acteurs et de celles qui sont développées à partir de l'entrée du service dans l'expérimentation. Elles sont aussi dépendantes des choix et goûts personnels du MSP, 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 MSP se sont reconstruits une santé dans le « faire » et non dans le « dire » ; ils déclarent que pour eux le principal est de stimuler les usagers (« je ne suis pas trop dans la consolation ») pour les pousser à sortir de leur isolement social et relationnel, à trouver des activités ou l'activité qui les passionnerait. Ils vont donc « aller chercher » les usagers pour les « bousculer ». Tels autres MSP estiment que le recours à la psychothérapie a été le principal facteur de leur propre rétablissement et accordent l'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

¹¹ Cf. Demailly *et al.*, 2014a, Rapport Intermédiaire n° 2. Sur le plan théorique, cf. Martucelli, 2006.

¹² L'initiative française est totalement spécifique par rapport aux quelques précédents internationaux, en ce qu'elle envisage une pair-aidance salariée (et non pas bénévole) à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique (et non pas dans des associations externes).

« 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 comportementalisme caractéristique de ce type d'association, avec un certain rigorisme par rapport à l'addiction. Alors que tel autre MSP 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 atteindre. 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 ou aux techniques comportementales. Mais ce peut être de façon plus ou moins normative ou plus ou moins authentique. Certains consolent, prennent dans les bras, font des « étreintes », d'autres ne touchent pas les patients... Un grand nombre valorisent 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 assigne, pratiquant ce que l'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.

Enfin, leurs éthiques sont différentes, avec des distances variables aux normativités soignantes ou sociales. 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. Cette diversité montre que l'analyse des savoir-faire mis en jeu dans ces pratiques implique de traiter la question de leur rapport à l'expérience, puisque c'est celle-ci qui est la source quasi exclusive des savoir-faire. Nous voudrions donc d'abord éclaircir cette question, puis décrire les savoirs d'expérience des MSP. Mais pour constituer un savoir-faire, l'expérience ne suffit pas, il faut aussi la mobiliser dans l'activité. Nous développerons ensuite la thèse que, pour la mobilisation des savoirs d'expérience dans les situations concrètes de travail des postes de MSP, l'expérience se métabolise entre technique et style.

Éclaircir le vocable « savoir d'expérience »

Des philosophes ont travaillé cette question de manière approfondie - on pense notamment à Dewey (2005) -, mais on peut repartir du langage commun et des élaborations conceptuelles opérées depuis une quarantaine d'années par les sciences de l'éducation et la sociologie. Le mot « expérience » signifie le plus souvent la pratique longue et répétée d'une activité qui permet l'émergence de l'individu « expérimenté ». L'expérience, dans ce cas (qui n'est pas celui de l'expérience scientifique de l'expérimentation) vise quelque chose qui relève de l'existence, du vécu, de l'émotion, de l'action ou de l'habitude et qui produit un « savoir » pratique et intuitif, un « sens pratique » (Bourdieu, 1980 [1972]). Connaître par expérience, c'est connaître par des perceptions, des observations, des émotions mémorisées, des épreuves

(Martucelli, 2006), ce qui témoigne qu'il y a, au sein même de l'expérience, une activité de pensée par laquelle on est « instruit » par l'expérience. Si cette activité de pensée n'existe pas, si l'événement sidère, pur traumatisme, on considérera que l'on ne peut pas parler d'expérience au sens propre du terme. C'est bien là sur une décision de vocabulaire arbitraire. L'expérience sera définie comme un « savoir »¹³, d'un type particulier, c'est-à-dire une forme de connaissance pratique, dynamique, évolutive, dispersée, qui n'est ni la science, ni la technologie. Une autre caractéristique est que l'expérience livre un savoir qui est singulier et qui, en tant que tel, ne s'enseigne pas. La subjectivité participe véritablement à l'effectivité de l'expérience. L'expérience altère le sujet en l'exposant à une événementialité forcément singulière. Ce que l'expérience m'apprend, je ne peux pas le transmettre à d'autres sous le même statut de savoir. Je ne peux pas apprendre un savoir expérientiel simplement en regardant ou en écoutant l'expérimenté, il faut que je fasse ma propre expérience. L'expérience apprend donc quelque chose à moi qui l'ai vécue, elle est savoir¹⁴, mais elle ne l'apprend qu'à moi seul, au moins immédiatement, car il faut un travail de transformation et des dispositifs spécifiques, de parole ou d'écriture, pour la mobiliser d'une part, la rendre transmissible d'autre part¹⁵.

« Savoir d'expérience » est donc une expression quasi redondante. La redondance est utilisée à des fins expressives pour pointer et légitimer la composante cognitive de l'expérience et l'opposer au savoir scolaire académique, scientifique, théorique, formel, dont les possesseurs ont tendance à délégitimer et insensibiliser la dimension cognitive de l'expérience. Les termes d'expérience et de savoirs d'expérience, sont apparus dans les écrits des chercheurs en sciences de l'éducation à partir des années 1970 (Argyris, Schön, 1974), notamment en formation d'adultes, ou chez les formateurs et chercheurs travaillant sur la formation des enseignants et se sont fortement diffusés dans les années 1990. Ils ont accompagné la scolarisation de la formation professionnelle des enseignants des années 1970 : la tension et la concurrence étaient alors explicites entre les enseignants expérimentés qui valorisaient la formation des enseignants sur le tas, autrement dit par la construction des savoirs d'expérience, et les formateurs de la formation professionnelle formalisée qui valorisaient les savoirs « scientifiques » (en psychologie ou en didactique des disciplines). La revue *Éducation permanente* fut tout particulièrement porteuse de la thématique de la « formation expérientielle »¹⁶ et, plus globalement, le champ de la formation des adultes. Les travaux nord-américains et canadiens de Dewey (1968) et de Schön (1994) comptèrent également beaucoup pour la valorisation de l'expérience comme source d'auto-formation. Les études sur la « formation expérientielle » ou la transmission de « savoirs d'expérience », la mise en mots des savoirs d'expérience, son évaluation, sa reconnaissance, sa validation scolaire etc., restent nombreuses aujourd'hui en formation d'adultes et en formation d'enseignants (Courtois, Pineau, 1991 ; Maulini, Perrenoud, 2003).

¹³ Sur la distinction savoir /science voir Macherey (2007). Ce dernier cite M. Foucault qui définit ainsi le savoir : « un régime énonciatif, qui échappe à la distinction du scientifique et du non scientifique, comme d'ailleurs aussi à celle du rationnel et de son contraire ».

¹⁴ Dans le cas le plus fréquent ou une activité de pensée l'a accompagnée, répétons-le.

¹⁵ Sur les modes sociaux de mobilisation de l'expérience dans le cadre des processus de professionnalisation, voir Demailly (2002) ; sur des exemples de dispositifs de formalisation de l'expérience, voir notamment Vermersh (1991).

¹⁶ Citons *Apprendre par l'expérience*, Éducation permanente, n°100-101, 1989.

Il faut aussi ajouter comme source de la valorisation de la dimension cognitive de l'expérience les interventions d'associations travaillant avec des populations dominées, dans lesquelles l'expérience vécue de celles-ci était montrée comme indispensable à la construction des collectifs militants ou à celle de l'action sociale¹⁷. Dans la décennie 1990, les travaux sur les travailleurs sociaux québécois s'emparent du terme de « savoirs expérientiels ». Et c'est plus récemment, approximativement à partir de 2000, que ces vocables ont investi le champ de la santé somatique ou mentale (Lochart, 2007), en articulation avec l'injonction politique à mettre l'utilisateur « au centre » de la pratique médicale et donc, pour les médecins, à savoir utiliser les savoirs « profanes » des patients pour construire leur propre clinique. L'expérimentation MSP s'inscrit dans ce mouvement de pensée.

Les trois sources de savoirs d'expérience mobilisés dans le travail des MSP

Une première série de résultats de recherche concerne la mise en évidence de l'expérience des MSP. D'après nos interviews et observations *in situ*¹⁸, elle relève de plusieurs domaines. La formation à Paris VIII étant trop courte et trop nouvelle pour installer des savoirs professionnels, des connaissances théoriques, ou des techniques éprouvées, il est de fait que les savoir-faire des MSP sont pour l'essentiel construits par l'expérience. Le CCOMS a eu tendance à valoriser exclusivement le « savoir expérientiel » lié à la maladie et au rétablissement (on gardera arbitrairement ce vocable de « savoir expérientiel » pour cette expérience spécifique), mais les MSP sont amenés à puiser dans plusieurs répertoires d'expérience.

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

Ce premier domaine de l'expérience est triple : avoir été malade, avoir été patient, s'être rétabli.

Le savoir expérientiel

1. 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.
2. 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

¹⁷ Nous pensons par exemple à ATD Quart Monde.

¹⁸ Voir annexe méthodologique.

relations au psychiatre d'hôpital public, émotions liées au fait d'avoir été traité comme un cas, un organe, ou une moyenne, plutôt que comme une personne, intuition des modes de défenses des soignants, mode d'emploi des infirmiers, vécu de la distance aux soignants, mode d'emploi des infirmiers, vécu de la distance aux soignants, vécu des relations entre patients, « métier » de patient, éprouvé de ce qui apporte de l'aide, de la compliance, de la confiance. Ces savoirs expérientiels peuvent constituer un « métier de patient ».

3. S'être rétabli : avoir vécu le fait de « s'en sortir » : avec quoi ? Avec quelle aide ? 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, de l'activité esthétique, d'activités associatives, de la volonté, etc.

Pour être mobilisables dans le travail, ces « savoirs expérientiels », qui sont plus que de l'affect brut, demandent un minimum de réflexivité et des conditions subjectives particulières : avoir envie/pouvoir se souvenir ; reprendre contact avec les émotions, le passé, sans être submergé ; utiliser l'expérience à des fins socialement positives plutôt que d'auto ou d'hétéro destruction, de revendication ou de vengeance, etc. L'absence de ces conditions subjectives explique quelques-uns des 15 abandons¹⁹.

Ces savoirs sont différents et inégaux. Différents car quelques MSP ont à peine connu l'hospitalisation, notamment sous contrainte. Certains n'ont pas fait l'épreuve du délire. Il peut y avoir des mouvements spontanés de recul par rapport à une catégorie de pathologie que l'on ne connaît pas. C'est observable chez un MSP qui n'a pas connu personnellement d'addiction et ne veut pas avoir à s'occuper de patients alcooliques ou toxicomanes. Ou un ancien « toxicomane » mal à l'aise avec des malades « psychotiques ». Tel autre ne veut s'occuper que des patients qui parviennent bien à gérer leur traitement médicamenteux, etc.

À la diversité du rapport à la maladie, s'ajoute la diversité du degré de rétablissement.

- Certains ne prennent plus du tout de psychotropes, ou pas plus que le commun des mortels « non malades » à qui il arrive de prendre des anxiolytiques ou des somnifères.
- Certains sont « stabilisés », mot un peu vague, qui renvoie au fait, qu'avec la compensation fournie par les neuroleptiques, la conduite est normale, que la personne ne porte pas de stigmatisme de comportement révélant qu'il a été malade.
- Certains ne sont plus en crise aiguë, mais leur comportement (fatigabilité, hyper-émotivité) trahit la fragilité, comme le montre l'importance des arrêts de travail chez les MSP, supérieure à celle des autres catégories de personnels soignants et non soignants).
- Certains, au dire d'autres MSP ou des équipes, ne sont « pas vraiment » ou « pas du tout rétablis » et n'auraient pas dû être recrutés.

¹⁹ Les questions de la mobilisation de ce savoir expérientiel dans la pratique, de la transmissibilité et la formalisation sont encore d'autres choses.

En arrière-plan, se pose la question de la possibilité et de la définition du rétablissement. Le concept lui-même est très flou, tantôt employé par les soignants comme équivalent de guérison comme en français standard, tantôt employé comme retour à l'autonomie et à la normalité de la conduite au sens anglo-saxon de *recovery*. En tout cas, il semble y avoir des désaccords entre eux sur les représentations sociales de la possibilité même du rétablissement, certains affirmant que l'on ne peut pas avoir été schizophrène et se rétablir, d'autres une addiction et se rétablir, d'autres l'inverse. De plus, la présentation du rétablissement comme « processus » sans plus d'autre précision, même si elle a sans doute une pertinence conceptuelle, n'est pas opérante dans les contextes concrets qui fonctionnent de manière dichotomique (ou suffisamment rétabli, ou insuffisamment rétabli) ou en échelle (en régression/en progression). Le mot « processus » se met alors à fonctionner comme une entourloupe masquant les problèmes conceptuels et pratiques, aussi bien quant à l'état du MSP, qu'à celui des patients qu'il suit et dont on ne sait si son travail concourt effectivement à leur rétablissement. Enfin, la doctrine du rétablissement établit un lien avec diverses conceptions de l'*empowerment*, de la simple réadaptation à la vie collective à l'autonomisation totale par rapport à l'institution psychiatrique. Bref la faiblesse des données consensuelles médicales, épidémiologiques et en droit du travail sur le rétablissement permet aux fantasmes et aux imaginaires de chacun de fonctionner très librement.

Les savoirs d'expérience antérieurs

Ils concernent l'éventuelle profession antérieure, la pauvreté, la classe sociale, les rapports de genre, le statut marital, le travail, 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 MSP, notamment les savoir-faire liés aux professions antérieures et aux pratiques associatives : entrer en contact, soutenir une conversation, mettre de la bonne humeur, savoir écrire un projet, mobiliser des ressources locales, connaître une ville, savoir prendre contact avec des organisations et des administrations, avoir des réseaux, avoir déjà développé des styles relationnels ou créatifs particuliers, « compétences relationnelles » acquises avant la maladie mais que les MSP pourront réinvestir dans la pratique professionnelle. Les MSP qui ont des spécialités techniques ou des savoir-faire relationnels liés à une profession antérieure²⁰ (ou adjacente) réussissent plus facilement les longs mois d'insertion. Les MSP qui en sont dépourvus ont plus de difficulté à se faire admettre dans l'équipe et à y trouver concrètement des tâches. Il s'agit aussi des savoir-faire liés à la vie domestique antérieure, avant ou pendant la maladie : 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 MSP y trouvent un créneau d'action en fournissant un accompagnement dans ces domaines, notamment aux malades socialement défavorisés.

²⁰ Commerce, informatique, techniques de soins corporels, par exemple.

Les savoirs d'action acquis en cours de fonction

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, quoiqu'ils soient diversifiés et inégalement exploités. Il s'agit par exemple de savoir-faire acquis en regardant les coéquipiers travailler, en écoutant leur langage, leur jargon de métier, leurs discussions d'équipe, en observant leurs techniques, les critères avancés pour les diagnostics, les médications et leurs dosages, en étant admis dans des formations continues en compagnie des infirmiers.

Les MSP apprennent aussi « 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, équipements ouverts, ou travail en ville n'offrent pas les mêmes opportunités.

Enfin, le travail salarié produit ses effets 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, pourront ensuite être mobilisés par les MSP dans leur accompagnement de malades chômeurs de longue durée désirant retrouver un emploi.

Conclusion

Les trois catégories de savoirs d'expérience – le « savoir expérientiel », les savoirs d'action acquis en cours de travail, l'expérience antérieure – concourent à la construction des savoir-faire professionnels des MSP, mais nous verrons dans la partie suivante qu'ils sont inégalement mobilisés selon les styles d'intervention.

Pour résumer cette première série de résultats, nous dirons d'abord que l'on peut comprendre le « savoir expérientiel » des MSP, dans ses trois dimensions, l'épreuve de la maladie, celle du soin psychiatrique et celle du rétablissement, comme un savoir y faire avec l'épreuve de la domination, qu'il s'agisse de la domination sociale, sexuelle, médicale, normative. Ce savoir-y-faire se construit dans l'expérience de la maladie et les différents processus de déréliction, de stigmatisation, de négociation avec les institutions, de désaffiliation, de combat avec les autres et soi-même qui l'accompagnent²¹, 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 MSP se sont sortis, les épreuves qu'ils ont

²¹ Dans l'un de ses derniers ouvrages, Dubet (2010) montre l'intérêt du lien théorique entre expérience, épreuve et domination : « Si la notion d'expérience sociale offre un intérêt, c'est celui de combiner une conception strictement sociale et « déterminée » de l'action avec la possibilité d'une créativité de cette action [...] Cette activité les conduit à percevoir la vie sociale comme un ensemble de ressources, mais aussi comme un système de domination sociale qui s'oppose au projet d'être le maître de sa propre expérience ». Concernant les MSP, cette articulation est particulièrement serrée, et de manière créative.

suffisamment surmontées, réussissant donc là un certain *empowerment* personnel, qui a permis leur candidature et leur recrutement dans le programme. Ils ont développé une *métis*, intelligence rusée, par laquelle la personne apprend à « compter sur ses propres forces » et à s'appuyer sur le potentiel des situations sociales rencontrées, ce qui constitue une expertise intuitive profane, une auto clinique de la résilience et de la reconquête de l'autonomie.

Un deuxième point à souligner est qu'une dérive de l'analyse serait d'isoler et de sacraliser ce « savoir expérientiel », alors que, d'une part, le MSP dispose d'autres savoirs d'expérience, (il a une idéologie, un passé social, voire professionnel antérieur à la « maladie », qui sont indispensables à l'activation du savoir expérientiel), et que, d'autre part, ses pratiques, comme nous l'avons dit plus haut, sont largement dépendantes de données organisationnelles et des espaces d'actions concrets autorisés par les services psychiatriques. Il nous faut donc passer à un deuxième niveau de description et d'analyse : la mobilisation effective de ces savoirs d'expérience telle qu'elle se déploie dans les lieux concrets d'intervention des MSP.

La mobilisation de l'expérience dans la relation aux patients, entre style et techniques

On considérera que le savoir-faire des MSP peut être décrit essentiellement, vu la faiblesse de la formation formalisée au sein du DU qu'ils ont suivie à Paris VIII, comme le produit de la mobilisation de leurs savoirs d'expérience dans les situations concrètes de travail. Cette mobilisation n'a rien d'automatique, car on peut avoir du « savoir expérientiel » et ne pas savoir ou vouloir ou pouvoir s'en servir en situation de travail. Elle donne lieu à l'invention de techniques. Celles-ci étaient très attendues par le CCOMS, par certains coéquipiers, par les MSP eux-mêmes, avec des soucis de recueil, transmission, formalisation en vue d'une professionnalisation, pensée comme acquisition de compétences listables. Mais nous développerons la thèse que le savoir-faire des MSP, pour diverses raisons que nous exposerons, ne se réduit pas à des techniques et ne doit pas être prioritairement pensé par rapport à elles. Il met en jeu principalement du point de vue de l'analyse une dimension que nous désignerons par le terme de style. Celui-ci renvoie à l'individu, à sa singularité, à l'usage qu'il fait de sa personnalité, dans ses actes²². Si le style est individuel, le regard sociologique

²² Nous empruntons le concept de style à l'esthétique, l'histoire de l'art, la rhétorique, la stylistique. Son importation en sociologie était jusqu'ici limitée à « style de vie », dans la lignée de l'*habitus*, et « style explicatif » (ou « style sociologique ») dans la réflexion épistémologique sur la discipline. Notons aussi la tentative isolée de Trépos (2011) de travailler sur les styles d'écriture en sociologie, en reprenant l'acception littéraire du terme. En psychologie, l'importation avait donné lieu aux « styles cognitifs ». Nous souhaitons user ici du concept de style en tant que « style relationnel », pour souligner que la pratique d'un MSP est l'expression vivante et toujours changeante de sa manière d'être, en tant que personne, avec les patients. Sur l'histoire de la définition du style comme style individuel, comme caractère, *ethos*, et non plus seulement comme genre artistique collectif, voir Audegean (2003). Référence incontournable également, Gaston Granger (1968) appelle par le « style individuel » le « résidu de vécu », irréductible à l'ordre d'un discours codé, laissant passer « les aspects de l'expérience qui ont échappé aux mailles du filet linguistique », résidu qui fait la singularité d'une théorie comme d'une œuvre d'art. Il considère que le concept est applicable à tout travail humain. Pour une bibliographie plus développée sur l'extension de l'usage du concept, voir Macé (2010). Pour un exemple d'usage en sociologie des professions, voir Wilson (1968).

(ou historique) permet de repérer des proximités et d'ordonner la diversité du réel en repérant des proximités qui font sens. Nous pouvons dégager trois modèles, trois styles archétypiques de travail repérables parmi les MSP en activité, on pourrait dire aussi trois postures, trois manières d'être²³. Chacune de ces familles de style relationnel s'accompagne d'un usage préférentiel de certaines techniques. Mais l'usage des techniques est surtout valorisé dans la première posture alors que le style est plus explicitement assumé en tant que tel dans la troisième (« nous travaillons avec ce que nous sommes » dit un MSP).

Le mimétisme soignant

Les premiers styles que nous pouvons distinguer relèvent du mimétisme des pratiques et des savoir-faire des soignants « traditionnels ». Le fait d'imiter, de s'approprier des manières de faire que le MSP 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 présente pas de consistance suffisante. Ces styles sont surtout repérables en milieu hospitalo-centré quand l'activité des MSP ne peut se déployer indépendamment de l'espace des pratiques infirmières. Le MSP est supposé dans ce cas être un membre à part entière de l'équipe, mais il s'inscrit dans une hiérarchie, avec des statuts inégaux, ce qui favorise sa socialisation à la normativité soignante.

Ainsi la mise en jeu préférentielle des savoir d'action acquis en cours d'emploi, l'imitation des pratiques existantes, celles des infirmiers en particulier, peuvent-elles servir une stratégie de contournement des limitations objectives posées par une sous-définition ou une sous-affirmation du « savoir expérientiel ». Cette stratégie peut d'autant plus s'opérer que ce savoir, dans certains services, est loin de constituer unanimement un critère de distinction positif. Pour autant, le fait d'avoir été « malade » ou patient en psychiatrie peut progressivement passer au second plan, comme si le MSP travaillait à faire oublier une différence qu'il vivrait comme un désavantage professionnel. Un MSP l'a déjà formulé clairement : se présenter en tant qu'usager de la psychiatrie est de fait stigmatisant à ses yeux. Plusieurs déclarent ainsi ne pas le faire, n'en voyant pas l'utilité directe. De plus le « savoir expérientiel » peut être aux yeux mêmes des MSP un savoir-faire insuffisamment consistant, ne leur permettant pas de déterminer « ce qu'il faut faire ».

Il faut noter que l'aspiration à devenir à terme un « professionnel comme un autre », souvent formulée comme telle par les MSP et par d'autres professionnels, véhicule une profonde ambivalence : si elle signale une volonté de pleine intégration des MSP au sein de l'institution, elle laisse aussi à penser que le MSP va progressivement se dé-spécifier. Cette dé-spécification n'est pas forcément négativement perçue par les MSP qui expérimentent l'inconfort d'une position assise sur l'expérience : par exemple certains aspirent à être formés à des modalités thérapeutiques standardisées pratiquées par les infirmiers, telles les techniques de remédiation cognitive. La légitimité que peut acquérir le MSP en se rapprochant de la professionnalité infirmière est à double tranchant. Ainsi la fonction du MSP

²³ Ces manières d'être sont actuellement à peu près également distribuées dans le groupe, la première étant un peu moins fréquente, mais elle semble se développer.

sera-t-elle surtout pensée comme pouvant favoriser la compliance et l'adhésion aux soins, notamment quand ces derniers se tournent explicitement vers la « réhabilitation psychosociale ». En incarnant la norme du rétablissement socialement reconnu – à laquelle correspond le fait de travailler –, le MSP devient une figure qui appuie la légitimité des interventions obéissant à une philosophie de recapacitation sociale des individus.

Ce sont là les pratiques d'éducation à la santé et de prévention des risques qui seront naturellement identifiées comme relevant d'une compétence acceptable des MSP : il existe plutôt un consensus chez les professionnels pour les voir comme des informateurs privilégiés sur des aspects précis de la trajectoire de malade et/ou de patient. En quelque sorte l'expérience est ici ramenée à ce qu'elle peut donner comme crédibilité supplémentaire à des discours descriptifs ou prescriptifs, par exemple sur les effets secondaires des médicaments. En même temps, ce domaine de l'éducation à la santé est fortement standardisé puisqu'il est construit autour des recommandations des politiques de santé publique, et que les supports de bonne pratique et référentiels officiels circulent parmi tous les acteurs de la santé mentale. En ce sens, il constitue davantage une occasion de normalisation de la professionnalité du médiateur que de dégagement de sa spécificité. Plusieurs MSP font ainsi valoir des qualités d'expertise formalisées venant de leur apprentissage en prévention des risques liée à la consommation de produits : apprentissage fait au sein du monde associatif ou des structures de soin elles-mêmes, mais aussi de manière autodidacte – les supports de santé publique sont devenus largement accessibles, ne serait-ce que par le biais d'internet. Il faudra souligner ici la demande des MSP d'une formation supplémentaire en « addictologie » : liée à l'incertitude autour des usages possibles du savoir expérientiel, cette demande renvoie à une tentative de construction de la professionnalité du MSP sur la base de savoirs à leurs yeux hautement légitimes et possiblement valorisants, car appuyés sur des données épidémiologiques et sur les conceptions biomédicales de la dépendance.

On peut voir dans ce cas comment le MSP peut 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 » reste en quelque sorte à l'état rhétorique, voire dissimulé, et le MSP s'appuie essentiellement sur des savoirs d'action construits en cours d'activité.

Pour ce style, le changement dont pourrait être porteur le MSP au sein de l'institution et plus spécifiquement pour la relation de soin reste par conséquent fort restreint : le « savoir expérientiel » se traduit peu en pratique, tandis le MSP construit sa légitimité en s'appropriant des savoirs et des techniques reconnues, dans une tentative de redéfinir « par le haut » la fonction de médiateur. C'est ainsi qu'ils pourront revoir leur métier actuel comme un « tremplin » pour accéder ultérieurement à une position professionnelle reposant sur des compétences formalisées et une juridiction mieux délimitée.

La disponibilité bienveillante

Une seconde famille de styles adoptés par les MSP repose sur la mobilisation de qualités de disponibilité et de bienveillance à l'égard des patients. Il combine lui aussi des dispositions personnelles et une stratégie particulière d'adaptation au sein d'une équipe. C'est ici une posture relationnelle à visée de mieux-être des patients qui est cultivée, qui cherche à montrer son utilité en dehors des moments du travail thérapeutique balisé par la psychiatrie.

Le MSP ne mime pas l'attitude et le discours des autres professionnels, il tend à se placer « à côté » d'eux et veut se voir reconnaître une singularité positive, qui reposerait moins dans l'avoir été malade/patient que dans la possession de qualités humaines, de qualités de *care*. Il faut dire que les usages du registre relationnel participent différemment aux processus de construction des professionnalités. Dans les métiers « flous » (Jeannot, 2005), dont la médiation est exemplaire, la relation peut constituer un « espace de production de signification et un espace d'identification » (Demazière, 2004). Mais la « clinique de la parole », telle qu'elle continue de s'étendre depuis plusieurs décennies dans le champ psycho-médico-social peut également être porteuse d'une dé-spécification, voire d'une « dé-subjectivisation » des interventions (Raveneau, 2009). Cette pratique de la parole et de l'écoute a un statut tout particulier chez les MSP : elle peut signifier un repli par défaut d'outils et de réponses vers une activité consensuelle et sous-définie, pour laquelle le MSP « bricolera » avec des ressources « psys » acquises par le passé ou sur place. Mais le registre relationnel peut également être investi pour proposer un espace d'expression alternatif à celui qu'offre l'institution. C'est en cela que cette famille de styles se distingue de la première, car elle se traduit par un moindre conformisme à la normativité soignante.

Tout d'abord, le MSP ancre davantage ici sa pratique dans les espaces de l'informel, en Hôpital de jour ou en CATTP par exemple, il se déploie dans des échanges entre MSP et patients qui ne sont pas placés sous la tutelle des infirmiers et se différencient des entretiens cadrés. De cette manière, la disponibilité bienveillante peut tout à fait se définir et se consolider comme réponse à une carence estimée de l'institution, avant tout soucieuse de l'organisation et du bon rythme des soins, et manquant de temps pour s'occuper « autrement » des patients. Ainsi les MSP arguent souvent qu'il s'agit de considérer la « personne » qui se trouve derrière le « malade ». En contrepoids de cette violence symbolique de l'institution – qui catégorise, classe, étiquette –, les MSP tentent d'exploiter les échanges ordinaires comme manière de reconsidérer le patient, et cela en s'écartant justement de l'expertise professionnelle « froide ». Les techniques que peuvent mobiliser ces MSP sont tournées vers la construction et la mise en scène d'une relation plus spontanée avec les usagers. Il s'agit là d'un *savoir manifester la proximité* : le MSP évoque des segments de sa propre expérience (hospitalisations, vécu des traitements, ressentis particuliers liés à la pathologie...). Souriant, enjoué, avenant avec les patients, engageant avec eux la conversation sur leur état de santé ou des sujets de la vie ordinaire, il se positionne clairement comme un « ex-usager », bien différent des soignants : « nous, on a vécu des troubles psychiatriques, l'hospitalisation ». Il crée ainsi une connivence avec les patients, par l'évocation de la maladie et du « métier de patient », dans une manière alternative à celle des soignants de poser les conditions de l'échange. La « bonne » distance que le MSP cherche aussi nécessairement est orientée par le souci éthique d'afficher une non-peur et un recul moindre vis-à-vis des « malades mentaux », incitant parfois à faire montre d'une patience que n'auraient pas les infirmiers²⁴. Il cherche à asseoir sa professionnalité sur le principe – idéal –, de l'aide et de l'écoute inconditionnelles. Cette *approche fondée sur la simplicité des échanges et la connivence* pourrait constituer une deuxième méthode spécifique mise en œuvre dans le cadre de cette famille de styles relationnels.

²⁴ Il est par exemple à remarquer que les MSP ont des entretiens longs avec les patients, dont des infirmiers disent qu'ils ne les supporteraient pas, relationnellement : « Je ne sais pas comment il fait ».

Si la spécificité des savoir-faire est bien plus nette et conscientisée que celle qui ressort de la première famille de style, car le MSP cherche à faire « différemment » de la clinique habituelle des services psychiatriques, leur légitimité est faible, soit que la posture soit interprétée comme attaque explicite vis-à-vis des compétences des infirmiers, soit qu'elle soit considérée comme de l'« amateurisme » n'apportant rien aux patients »²⁵.

Savoir jouer de son charisme

La notion de charisme s'oppose généralement aux modes d'exercice de l'autorité qui sont pris dans l'institution établie, même s'il existe un charisme de fonction, dont on peut voir une déclinaison parmi des représentants de la profession médicale (Freidson, 1984). Avant qu'il ne soit canalisé dans le quotidien (Weber, 2013), le charisme s'impose en rupture avec les façons de faire routinières et fait à ce titre de la personnalité d'un individu son support principal. Raison pour laquelle on peut penser que cette troisième famille de styles est logiquement encouragée par la faible formalisation des compétences des MSP : celle-ci peut conduire à une mise en jeu de la personnalité singulière du MSP et de sa capacité à innover dans le travail relationnel avec les patients. C'est pourquoi l'expression d'un charisme dépend étroitement d'une part, de la personnalité du MSP, d'autre part, de l'autonomie qui lui est laissée : elle est difficilement envisageable là où le médiateur travaille systématiquement avec un infirmier, quand elle sera à l'inverse encouragée dans les services qui défendent une certaine conception de l'innovation incitant le MSP à « inventer » sa fonction. Dans ce cas, c'est aussi de façon collective qu'est produite l'extraordinairement de la personnalité du MSP comme compétence : on valorise la singularité de son parler, de son apparence, de sa relation aux patients ; on trouve intéressant qu'il n'« entre pas dans le moule » ; on relève le caractère intuitif et sensible de son jugement, etc.

Le savoir-jouer de son charisme s'appuie sur diverses philosophies de la vie et de l'aide mise en jeu dans les relations avec les patients, ce qui dès lors est susceptible de donner une tonalité émotionnelle aux rencontres. Il s'agit de créer une forme spécifique d'approche thérapeutique qui fait la promotion du rétablissement, susceptible ainsi de révolutionner le fatalisme de la psychiatrie classique : les MSP utiliseront donc le récit de soi, le témoignage, mais mobiliseront aussi des références emblématiques de l'« optimisme » des nouvelles conceptions en santé mentale, promues en amont par les politiques européennes²⁶.

Même si la démarche peut s'appuyer sur des techniques – celle du « petit pas », visant à s'appuyer sur « ce qui va » plutôt qu'à remâcher ce qui ne va pas et à inciter le patient à se fixer de petits objectifs, données contractuellement ou en encourageant à l'« auto-comportementalisme »²⁷, la dimension stylistique est essentielle. La mise en scène de soi, de son expérience singulière et de choix personnels de vie devra permettre des processus d'adhésion, d'identification, de « transfert » pour reprendre les termes de plusieurs

²⁵ C'est cet argument : « Quelles que soient ses qualités personnelles, sa présence n'apporte rien aux patients » qui a été mis en avant pour justifier un non-renouvellement de contrat.

²⁶ Parmi les références de ces MSP, l'étude américaine *International Study of Schizophrenia*, publiée en 2007 par l'OMS, revoyant considérablement à la hausse le pronostic de vie sans symptômes des personnes ayant été diagnostiquées schizophrènes.

²⁷ Par exemple, mettre chaque matin de la musique gaie, se répéter qu'on va s'en sortir, etc.

médiateurs. Les entretiens individuels ou les VAD permettront d'aborder plus directement les affects des patients, leurs histoires de vie, sans pour autant reconduire le modèle des entretiens infirmiers.

Ces styles sont généralement liés à un effort de distinction des manières de faire des autres professionnels, bien qu'il en emprunte des éléments : ceux-ci servent d'appuis stables et de compléments à un discours et une posture qui ne peuvent constamment mobiliser le registre affectif et émotionnel (connaissances en matière de psychopathologie, sur les médicaments, prudence relationnelle avec certains patients en raison de leur pathologie, etc.). Quoiqu'il en soit de ces bricolages assumés, les médiateurs revendiquent une intelligence de situations concrètes plutôt que l'application de modèles. Ils chercheront à façonner une philosophie optimiste fondée sur l'« espoir », en s'appuyant sur le savoir expérientiel de leur propre rétablissement et de leur expérience de vie. Ils cherchent ainsi à activer différents systèmes de sens de l'existence, évoquant ici un certain stoïcisme, ailleurs une forme de vitalisme, ou une idéologie libertaire, et dans un cas, plus explicitement, le bouddhisme. Convoquant leur propre parcours de rétablissement, même chaotique et inachevé, les MSP s'affirment comme détenteurs d'une sagesse, d'un savoir sur la vie que ne pourraient pas avoir les soignants traditionnels. Par conséquent, la spécificité du savoir expérientiel du côté du rétablissement est, ici, forte. Chez certains MSP, elle peut être renforcée par la revendication d'une certaine marginalité ou d'une identité par et dans la « maladie » : leur rapport, dans ce cas, à la notion de « guérison » est ambivalent, quand bien même ils l'incluent dans leur rhétorique. Pour d'autres, ce sont les expériences professionnelles antérieures qui sont profitables : ainsi des MSP ayant auparavant travaillé dans des métiers de classe moyenne (artisans commerçants, commerciaux, cadres..) vont exploiter avec une certaine assurance leurs savoir-faire relationnels ou leurs compétences techniques.

L'autonomie que nécessitent les styles charismatiques s'accompagne également d'une capacité d'adaptation et/ou de négociation des règles. Il faut dire aussi que cette autonomie a dans ces cas nécessairement été autorisée en amont, et qu'elle constitue par la suite une forme de protection du MSP et de ses activités. En lui donnant la possibilité d'accompagner des patients et d'en choisir les modalités pratiques²⁸, à condition de respecter certains fondamentaux, la hiérarchie place le médiateur à l'écart des concurrences entre juridictions professionnelles.

Ces styles sont néanmoins l'occasion de conflits dès que l'institution ne supporte pas de voir travailler en son sein un « *free lance* » ou un « électron libre » (termes employés par les cadres de santé), ce qui a motivé plusieurs sorties de programme par démission ou non-reconduction de contrat.

Enfin, les MSP qui activent des styles charismatiques s'engagent volontiers dans la valorisation de leurs activités et de leur fonction : on les retrouvera ainsi dans des journées de formation consacrées au rétablissement et à l'*empowerment* ou dans des colloques politiques mêlant les divers acteurs de la santé mentale.

²⁸ Voir la conclusion de Demailly et Garnoussi (à paraître).

Conclusion : les destins des savoirs d'expérience

Dans la politique française actuelle de santé mentale, on voit se développer de nombreux modes d'utilisation du « savoir expérientiel » des malades ou du « savoir profane » des familles : éducation thérapeutique, « patients formateurs » du programme européen Emilia²⁹, Groupes d'entraide mutuelle, etc., au nom de l'*empowerment* des usagers et d'une meilleure efficacité des systèmes de soin. Nous avons identifié les différentes composantes de ce savoir et posé comme hypothèse que son caractère subversif, questionnant, quand il l'est effectivement, provenait de ce qu'il est un savoir y faire avec la domination sociale sous ses différentes formes.

Mais il ne suffit pas de posséder un savoir expérientiel d'ex-malade pour que celui-ci soit activé dans les pratiques. Il nécessite d'être élaboré, combiné avec d'autres savoirs d'expériences, des éléments de formation, des positionnements idéologiques, la manière de l'engager inclut des espoirs quant à la trajectoire professionnelle.

Nous avons montré que cette alchimie se fait dans le cadre de styles divers et nous en avons identifié trois familles. Celles-ci se différencient analytiquement selon quatre critères : par l'usage différent que les MSP font des savoirs d'expérience – l'expérience du rétablissement en particulier peut être peu mobilisée, les savoirs professionnels antérieurs et les savoirs d'action acquis dans les services sont inégalement exploités ; par les techniques, imitées ou inventées, qu'ils privilégient ; par le mode de légitimation de leur professionnalité qu'ils tentent ; par leur inégale capacité de rupture avec l'existant en matière de soin.

La question pratique qui se pose à propos de l'innovation MSP est de savoir quels seront les destins du « savoir expérientiel » et de ces styles relationnels. Comment l'institution traitera-t-elle les différences de styles mis en œuvre ? Sera-t-elle tolérante, comme elle l'est encore actuellement pour la diversité de style des psychiatres ou d'autres soignants, ou bien cherchera-t-elle à les homogénéiser et les normaliser ? Les « savoirs expérientiels » mis en jeu dans ces styles peuvent connaître au fil du temps plusieurs transformations discursives, plusieurs destins de métabolisation : être énoncés dans des témoignages ; donner lieu à autodidaxie collective et source de nouveaux savoirs, voire de savoirs savants ; entrer dans des stratégies de professionnalisation ; être sacralisés, servir d'étendards mais ne plus servir l'*empowerment* ; s'user ou se scléroser. Au bout de deux ans d'expérimentation, il est impossible de prédire si leur mobilisation par les MSP peut donner lieu à création de techniques (savoir-faire formalisés), ou à une action militante et revendicatrice, à une politique de minorité (comme les autistes aux États-Unis), à des formes d'auto support collectif (comme les Alcooliques Anonymes depuis 1934), à un mouvement social, ou à une théorie de la pratique (qui rende compte de leur efficace et des processus psychiques dans lesquels ils s'inscrivent quand ils sont mobilisés). La seule chose certaine, dans les tensions que nous avons observées sur les terrains, est que ces différentes élaborations et mobilisations de l'expérience dans le travail relationnel³⁰ n'engagent pas les mêmes micro-politiques ni les mêmes éthiques.

²⁹ Jouet, Flora, Las Vergnas, 2010 ; Las Vergnas, 2009 ; Jouet, 2009.

³⁰ Comme cela avait déjà été avancé dans Demailly (2008) concernant la nature profondément éthique et politique du travail relationnel.

Bibliographie

Akrich M., Méadel C. et Rabeharisoa V. (dir.), 2009, *Se mobiliser pour la santé. Des associations s'expriment*, Paris, éd. Presses des Mines.

Akrich M., Rabeharisoa V., 2012, « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », *Santé Publique*, vol. 24, n° 1, p. 69-74.

Argyris C., Schön D., 1974, *Theory and practice: Increasing professional effectiveness*, San Francisco, CA, Jossey Bass Publishers.

Audegean P., 2003, « Beccaria et l'histoire du concept de style », *Poétique*, vol. 4, n° 136, p. 487-509.

Barbot J., 2002, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, éd. Balland.

Bourdieu P., 2000, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Paris, éd. du Seuil (1re édition, Droz, 1972).

Champion F., Garnoussi N., Hutschemaekers G. et Pilgrim D., 2014, « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS* [En ligne].

Courtois B., Pineau G. et al., 1991, *La formation expérientielle des adultes*, Paris, éd. La Documentation Française.

Déchamp Le Roux C., 2014, « Approche comparée des expériences de médiateurs de santé pairs à l'étranger », in Demailly L., Dembinski O., Farnarier C., Garnoussi N., Déchamp Le Roux C., *Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs (en santé mentale)*, Rapport intermédiaire n° 2, Janvier, p. 133-144.

De Gaulejac V., Hanique F. et Roche P., 2007 (dir.) *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*, Toulouse, Érès.

Demailly L., 2002, « La rationalisation du traitement social de l'expérience », *Revue des Sciences de l'éducation*, vol. XXVII, 3, Montréal, avril, p. 523-542.

Demailly L., 2008, *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, éd. Presses du septentrion.

Demailly L., 2014 a, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS* [En ligne].

Demailly L., 2014b, « Les médiateurs pairs en santé mentale, une professionnalisation incertaine », *La nouvelle revue du travail*, 5 [En ligne].

Demailly L., Bélart Cl., Déchamp Le Roux C., Dembinski O., Farnarier C., Garnoussi N. et Soulé J., 2014, *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée*, Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental, Septembre.

Demailly L. et Garnoussi N., (à paraître), « Les rencontres entre médiateurs de santé pairs et usagers de la psychiatrie : formes, styles, effets », Santé mentale au Québec.

Demazière D., 2004, « Médiation et médiateurs sociaux : entre nomination et professionnalisation », Formation, emploi, n° 86, p. 11-23.

Dewey J., 1968, Expérience et éducation, Paris, éd. Armand Colin.

Dewey J., 2005 « La réalité comme expérience », Tracés. Revue de Sciences humaines, 9 [En ligne].

Dubet F., 2010, « Grand résumé de Le Travail des sociétés, Paris, Seuil, 2009 », Sociologies [En ligne].

Éducation permanente, 1989, « La formation par l'expérience », n°s 100-101.

Foucault M., 1969, « Sur l'archéologie des sciences : Réponse au cercle d'épistémologie », Cahiers pour l'analyse, n° 9.

Freidson E., 1984, La profession médicale, Paris, éd. Payot.

Gaston Granger G., 1968, Essai d'une philosophie du style, Paris, éd. A. Colin.

Jeannot G., 2005, « Les métiers flous du développement rural », Sociologie du Travail, vol. 47, n° 1, p. 17-35.

Jouet E., 2009, « Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale : Le projet Emilia » Recherches en communication, n° 32.

Jouet E., Flora L. et Las Vergnas O., 2010, « Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients », in Jouet E. et Flora L. (dir.), La part du savoir des malades dans le système de santé [note de synthèse du numéro], Revue Pratiques de formation-analyses, ns 58-59, p. 13-77.

Las Vergnas O., 2009, « Construction du savoir expérientiel des malades, et rapport aux savoirs des adultes non scientifiques », Recherches en communication, Louvain, n° 32, p. 13-33.

Les Alcooliques Anonymes (1963, rééd. 2003).

Lochart Y., 2007, « L'avènement des « savoirs expérientiels », Revue de l'IRES, n° 55, p. 79-100.

Macé M., 2010, « Extension du domaine du style », Critique, N) 1, n°s 752-753, p. 3-5

Macherey P., 2007, « Histoire des savoirs et épistémologie », Revue d'histoire des sciences, 1, Tome 60, p. 217-236.

Martucelli D., 2006, Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France Contemporaine, Paris, éd. Armand Colin.

Maudet G., 2002, « La « démocratie sanitaire » : penser et construire l'utilisateur », Lien social et Politiques, RIAC, vol. 48, Automne, p. 95-102.

Maulini O. et Perrenoud P., 2003, « Formation des enseignants : entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience professionnelle, intégration ou déni mutuel ? », Université de Genève, Rencontres du Réseau Éducation-Formation, 18-19 septembre.

Raveneau G., 2009, « Psychologisation et désobjectivation des rapports sociaux dans le travail social aujourd'hui », Journal des anthropologues, 116-117 [En ligne].

Schön D., 1994, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Éditions Logiques.

Stroobants M., 1993, *Savoir-faire et compétences au travail au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles.

Trépos J.-Y., 2011, *L'écriture de la sociologie. Essai d'une épistémologie du style en sciences sociales*, Paris, éd. L'Harmattan, coll. Logiques sociales.

Vermersch P., 1991, « L'entretien d'explicitation », *Les Cahiers de Beaumont*, 52 bis-53, p. 63-70.

Weber M., 2013, « La transformation du charisme et le charisme de fonction », *Revue française de science politique*, vol. 3, n°63, p. 463-486.

Wilson J., 1968, *Varieties of police behavior: the management of law and order in eight communities*, Cambridge, Harvard University Press.

Pour citer cet article

Référence électronique

Lise Demailly & Nadia Garnoussi, "Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style", *Sciences et actions sociales* [en ligne], N°1 | 2015, mis en ligne le 16 avril 2015, URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers/18-le-savoir-faire-des-mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale-entre-experience-technique-et-style>

Auteur

Lise Demailly, professeur émérite de sociologie, CLERSE-CNRS, USTL Lille 1
contact : lise.demailly@univ-lille1.fr

Nadia Garnoussi, maître de conférences en sociologie, CeRIES, Université Lille 3
contact : ngarnoussi@gmail.com

Droits d'auteur

© Sciences et actions sociales

Toute reproduction interdite sans autorisation explicite de la rédaction/Any replication is submitted to the authorization of the editors