

le partenaire

Volume 28 - N° 1, hiver 2022



**La pair-aidance
au coeur du
rétablissement
Ici, ailleurs et autrement**



Carnet de l'éditeur

La professionnalisation du rôle de pair aidant est un enjeu partout en Occident. On assiste actuellement à un foisonnement d'initiatives provenant d'une grande diversité de milieux de pratique. Nous sommes donc convaincus que la pair-aidance est non seulement là pour de bon, mais qu'elle est aussi destinée à se multiplier dans différents secteurs de la santé.

Afin de tracer un état de la situation et de nous donner une juste idée de l'ampleur de ce bouillonnement d'idées, nous avons invité des auteurs provenant des quatre coins du Québec et de l'Europe (francophonie et Angleterre) à nous proposer un article pour le numéro thématique du partenaire sur la pair-aidance. La réponse a été si généreuse que nous avons le bonheur, aujourd'hui, de publier un numéro hors norme, comptant plus de deux cents pages.

Au Québec, dans son plan d'action en santé mentale 2022-2026 (S'unir pour un mieux-être collectif), le ministère de la Santé et des Services sociaux a décidé d'élargir sa vision de la pair-aidance. Il y affirme clairement sa volonté de favoriser

le déploiement de la pair-aidance famille¹ et de la pair-aidance jeunesse. Il s'engage aussi à poursuivre les travaux relatifs à la valorisation et à l'intégration du savoir expérientiel dans les milieux qui œuvrent en dépendance.

Tout en gardant à l'esprit l'importance de trouver des façons d'intégrer la pair-aidance en fonction des normes de son milieu de pratique et de sa culture, ce numéro du partenaire cherche à répondre aux trois questions suivantes : Comment utiliser judicieusement le savoir acquis en surmontant la souffrance et la détresse pour aider autrui?

Comment devenir ce spécialiste du rétablissement capable de travailler de concert avec l'équipe traitante?

Quelles sont les orientations de nos organisations vis-à-vis de cette pratique et des enjeux qu'elle revêt?

¹ Le pair aidant famille est un membre de l'entourage d'une personne vivant avec un problème de santé mentale. Il partage son histoire de rétablissement pour donner de l'espoir et offre du soutien et de l'information pour répondre aux besoins des familles et des membres de l'entourage qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues.

Cette publication est divisée en trois sections :

- 1) la pair-aidance au Québec,
- 2) la pair-aidance dans la francophonie et
- 3) la pair-aidance en Angleterre.

Dans chacune de ces sections, chercheurs, gestionnaires, professionnels de la santé et pairs aidants partagent avec nous les fruits de leur expérience et nous font découvrir les projets novateurs sur lesquels ils ont travaillé. Au fil des pages, nous pouvons mesurer la richesse des innovations lorsque les savoirs scientifique, de terrain et expérientiel se rejoignent et concourent à créer un avenir meilleur.

Nous espérons de tout cœur que cette édition de la revue *le partenaire* fera naître l'inspiration, qu'elle permettra de mieux dégager les enjeux de la pair-aidance et ses perspectives d'avenir, qu'elle nous aidera à confronter nos idées et à cultiver un point de vue critique.

Bonne lecture!

Marc St-Martin
Éditeur

Comité d'édition :

Michel Gilbert,

Psychoéducateur, retraité du réseau de la santé

Diane Harvey,

Directrice générale, Association québécoise pour
a réadaptation psychosociale (AQRP), Québec

Mathieu Morel-Bouchard,

Adjoint au Directeur des services professionnels –
Volet mission nationale à l'Institut national
de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Marie-Hélène Morin,

Travailleuse sociale, professeure-chercheuse en
travail social, Département de psychologie et travail
social, Université du Québec à Rimouski

Marc St-Martin,

Éditeur de la revue *le partenaire*, AQRP

Révision des textes

Judith Tremblay (Affaires de style)

Graphisme

Marc St-Martin

Manon Vaillancourt

D'après le concept original de Nicolas Fleurot

Impression

Les Copies du Pavois, Québec

ISSN : 1188-1607

Siège social

AQRP

205-2380, av. du Mont-Thabor

Québec (Québec)

G1J 3W7

aqrp-sm.org

Abonnement :

www.aqrp-sm.org/lepartenaire/

lepartenaire@aqrp-sm.org

418-523-4190, poste 217

Vincent et moi

Un programme d'art et de santé mentale

Rencontre avec l'artiste du programme dont l'œuvre est présentée en page couverture de la revue

Mireille Bourque dessine depuis l'enfance et a participé à plusieurs ateliers d'artistes professionnels. Artiste engagée et reconnue par ses pairs, elle a participé à de nombreuses expositions en solo et en collectif, et est présente en galerie. Sa production a reçu plusieurs distinctions et prix, dont un du Festival international d'arts sacrés à Senlis en France.

Dans sa démarche artistique, Mireille Bourque s'intéresse au phénomène de marginalisation et d'isolement, et fait ainsi de sa pratique une recherche de l'inclusion et du dialogue.

C'est en étant elle-même placée en retrait de la société avec le sentiment d'être brisée que l'artiste en est venue à vouloir « recoller et réunir les morceaux de [sa] vie ». Elle transpose directement cette notion dans sa pratique lorsqu'elle déchire du papier puis en rassemble les morceaux sur une toile. Elle explore depuis de nombreuses années le dialogue des techniques du collage, de la peinture acrylique et du dessin à l'encre et au pastel sec. Ce dialogue répond à un engagement profond qui consiste à « relier les parcelles de vie séparées ». Ses œuvres sont semi-figuratives, tombant parfois complètement dans l'abstraction. Elle y figure des personnages singuliers, des paysages naturels ou urbains, invitant à réfléchir aux liens entre les peuples et plus largement à ceux qui relient l'être au monde.



vincentetmoi.com

Vincent et moi est un programme du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui place l'art et le processus artistique au centre de ses actions en réponse à des besoins individuels et collectifs. Acteur important des domaines de la santé mentale et des arts visuels depuis sa fondation en 2001, le programme croit en la portée et aux bienfaits de l'art pour contribuer au mieux-être et au rétablissement des personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale.

Vincent et moi agit principalement sur trois axes :

- L'accompagnement et le soutien de l'engagement artistique des personnes;
- L'intervention thérapeutique en utilisant l'art comme moyen d'expression, de découverte et de transformation de soi;
- Le déploiement de pratiques artistiques et culturelles innovantes dans le but de créer des échanges et des ponts entre les artistes, les milieux de soins et les citoyens.

16

Chronique du Franc-tireur

Pair-aidance en santé mentale au Québec Vers une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne

Mathieu Bouchard, pair aidant; chercheur postdoctoral

Mathieu Bouchard invite les pairs aidants du Québec à se rallier pour créer une association professionnelle capable de les représenter. Il propose des pistes de réflexion à la fois basées sur son engagement comme pair aidant et sur ses recherches postdoctorales actuelles visant à expliquer et à favoriser l'action collective des usagers dans les systèmes de santé et d'éducation.

Les savoirs expérientiels en santé mentale Entre monnaie d'échange et objets frontière

22

Emmanuelle Jouet, directrice, Laboratoire de recherche en santé mentale, et sciences humaines et sociales (Labo SM-SHS); copilote, GHU du Partenariat en santé, pour des usagers acteurs de l'hôpital; vice-présidente pour la formation dans le réseau Enter Mental Health (Vice Chair for Training in Enter Mental Health Network)

Aurélien Troisoefus, anthropologue de la santé, Laboratoire de recherche en santé mentale, et sciences humaines et sociales (Labo SM-SHS)

Olivier Las Vergnas, professeur des universités, Université Paris-Nanterre, UFR SPSE @ bat; formation continue; responsable de l'équipe « Apprenance, formation et digital », Laboratoire CREF (UR 1589); directeur de recherches doctorales associé, Laboratoire CIREL, équipe Trigone (UR 4354), Université de Lille

Une équipe de chercheurs français décortique les différentes façons d'étudier et de conceptualiser le savoir expérientiel en santé mentale et en psychiatrie dans la littérature scientifique. Ces chercheurs font ressortir les bénéfices et les limites de ces approches et discutent des complémentarités potentielles de celles-ci.

Pairs aidants en santé mentale au Québec

36

Direction générale des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Thung Tran, directeur général adjoint des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

La présence de pairs aidants au sein des équipes permet entre autres de nourrir l'espoir. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'engage à soutenir l'embauche des pairs aidants dans le cadre de sa mesure 3,3 de son nouveau Plan d'action intersectoriel (S'unir pour un mieux-être collectif) et l'évolution de la pratique pour les pairs aidants famille. L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, par l'entremise de son programme Pairs Aidants Réseau, peut ainsi poursuivre sa mission de former et d'intégrer des pairs aidants et des pairs aidants famille dans les services en santé mentale au Québec.

Favoriser l'embauche et l'intégration de pairs aidants dans les services de santé mentale : le mandat du programme québécois Pairs Aidants Réseau

Diane Harvey, directrice générale, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

À l'heure actuelle, le Québec compte 111 pairs aidants. On assiste donc à un réel mouvement pour intégrer dans les équipes en santé mentale l'expertise fondée sur le savoir expérientiel.

Comment s'est développée la pratique de la pair-aidance au Québec? Quels sont les principaux enjeux rencontrés par le programme Pairs Aidants Réseau dans un contexte de croissance et dans une visée d'amélioration continue?

Plus on embauche de pairs aidants, plus les besoins de soutien et de formation se multiplient. Cette croissance influe sur l'évolution de la pratique quant à la reconnaissance de l'intervention par les pairs.

38

60

La pair-aidance au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Julie Lesage, directrice adjointe des programmes santé mentale et dépendance – volet trajectoire, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut universitaire en santé mentale de Québec

En août 2019, le CIUSSS de la Capitale-Nationale réussit, avec l'accord de tous ses partenaires et syndicats, à faire accepter le titre d'emploi « éducateur pair aidant »; une première au Québec. Grâce à ce nouveau poste, les pairs aidants ont les mêmes conditions et avantages sociaux que les autres employés et les derniers freins à leur inclusion sont abolis. Cet article passionnant raconte l'aventure de pionniers qui ont cru au rétablissement et su implanter, au cours des 15 dernières années, des pratiques cliniques et de gestion cohérentes avec l'approche du rétablissement.

68

Cultiver l'approche collaborative dans les équipes Prends soin de l'arbre et il te donnera des fruits!

Nathalie Hamel, cheffe d'administration des programmes Suivi intensif dans le milieu, Soutien d'intensité variable et Service d'intégration socioprofessionnelle (secteur nord); directrice des programmes de santé mentale et dépendance, CISSS de Lanaudière

Le gestionnaire joue un rôle clé dans l'intégration des intervenants pairs aidants au cœur des équipes. Il doit s'adapter à chacun d'eux pour leur « permettre d'acquérir des connaissances théoriques, d'accroître leurs compétences et d'optimiser leur savoir expérientiel dans la prestation de services attendue ».

Dans une culture où l'approche collaborative est reine, il est également responsable « de tout mettre en œuvre pour que l'intervenant pair aidant puisse établir des relations de partenariat avec tous les membres de l'équipe, les médecins traitants, les organismes communautaires ainsi que les familles et les proches de l'usager ».

Inspirée par son parcours de rétablissement, une intervenante paire aidante crée le portail de formation *Je me rétablis!*

71

Annie Bossé, intervenante paire aidante, Soutien d'intensité variable, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, CISSS de Lanaudière, Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière

Le portail Je me rétablis!, accessible sur le Web, propose une démarche de formation et d'accompagnement visant le rétablissement. « Il est l'accomplissement de mon plus grand rêve, nous dit sa créatrice, transmettre l'espoir et faciliter la reprise de pouvoir des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Comme j'aurais aimé avoir la chance de participer à une telle démarche lors de mes grandes difficultés. »

Un texte très touchant où l'on découvre toute la détermination et la créativité dont peut faire preuve une paire aidante, en particulier lorsqu'elle est soutenue et encouragée dans ses initiatives.

Paire aidante : Ma vocation

80

Audrey Beaulieu, paire aidante

« Avant d'être paire aidante, j'ai travaillé plusieurs années comme éducatrice spécialisée. Je connais donc les services offerts à la fois du point de vue de l'utilisateur et de celui du professionnel. »

Une initiative québécoise innovante : la ligne Pairs Aidants J'écoute

Danielle Lachance, adjointe administrative

Le service de Pairs Aidants J'écoute de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale a redémarré ses activités en juillet 2021 dans le cadre d'un projet francophone pancanadien grâce au soutien d'Espace mieux-être Canada (Wellness Together Canada). Cet article souligne les particularités de cette ligne d'écoute dite de « confort » en opposition à celles axées sur la gestion de crise. Il présente l'apport particulier du pair aidant comme répondant de même que des statistiques sur les raisons des appels.

Recherche en cours

Expérience de travail et rôle des pairs aidants en milieu communautaire et institutionnel dans les villes de Montréal et de Québec

Julien Tousignant-Groulx, chercheur; étudiant au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal

Émilie Pigeon-Gagné, chercheuse, Université du Québec à Montréal

Henri Dorvil, chercheur principal; professeur, Université du Québec à Montréal

Gilles Dupuis, chercheur; professeur, Université du Québec à Montréal

Michelle Clément, chercheuse externe

À l'heure actuelle, un projet de recherche ambitieux est en cours au Québec afin d'examiner la place consentie aux pairs aidants dans le cadre de leur travail. Découvrez l'hypothèse et les questions de recherche, et jetez un œil sur l'avancement des travaux.

L'importance du soutien par les pairs pour la croissance post-traumatique et la générativité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale

Gerald Jordan, Ph. D.

Fiona Ng, Ph. D.

Robyn Thomas, M. Sc.

La croissance post-traumatique chez des personnes ayant vécu un ou des épisodes psychotiques peut se traduire « par une plus grande appréciation de la vie, des relations plus étroites et plus intimes avec les autres, une force personnelle accrue, de nouvelles possibilités et de nouveaux chemins de vie, et une plus grande croissance spirituelle ou existentielle ».

Elle débouche bien souvent aussi sur un désir « de redonner aux autres, de s'engager dans un soutien informel ou formel par les pairs et de se lier à des communautés plus larges de gens partageant une expérience similaire ». Appuyés sur des travaux de recherche conduits auprès de 100 personnes ayant subi un épisode psychotique vivant au Québec, en Écosse ou en Angleterre entre 2015 et 2021, les auteurs démontrent l'importance du soutien par les pairs dans le processus de croissance post-traumatique.

100

La pair-aidance vue et vécue par Perspective Autonomie en Santé Mentale

Alain Métivier, pair aidant certifié; coordonnateur et membre fondateur, Perspective Autonomie en Santé Mentale

Isabelle Lenoir, paire aidante certifiée en santé mentale; coordonnatrice adjointe, Perspective Autonomie en Santé Mentale; responsable des communications visuelles

Quelles sont les particularités de la pair-aidance lorsqu'elle est pratiquée dans un « par, pour et avec », c'est-à-dire dans un organisme où la quasi-totalité des employés sont des pairs aidants?

Comment les services proposés par Perspective Autonomie en Santé Mentale peuvent-ils s'arrimer à ceux offerts par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal?

Le Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement : favoriser la santé mentale et le rétablissement de tous

110

Pour améliorer la santé mentale de tous, le Centre d'apprentissage Santé et rétablissement offre gratuitement d'étonnantes activités de formation sur le bien-être et la santé mentale. Ces activités sont coanimées par deux enseignants : l'un détient un savoir clinique et l'autre s'appuie sur son vécu. Le partage de connaissances théoriques, cliniques et expérientielles cohabite avec des activités de coapprentissage et de discussion.

113

Ouvrir sa porte

Rémy Gagnon, artiste

Les pairs aidants famille : État de l'élaboration et du déploiement de cette pratique de soutien en effervescence au Québec

Laurence Martin-Caron, chargé de projet, formateur et consultant, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Marie-Hélène Morin, Ph. D., travailleuse sociale, département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski

Anne-Sophie Bergeron, M. travail social, agente de recherche, Université du Québec à Rimouski, Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales

Mary Anne Levasseur, proche aidante partenaire, paire aidante famille et citoyenne chercheuse, Université du Québec à Rimouski, équipe de la Chaire CIRUSSS

C'est dans un contexte de recherche constante de réponses aux besoins de l'entourage que s'est déployée, entre 2012 et 2022, la pair-aidance famille au Québec. Pas étonnant que cet article coécrit par des pionniers et des chercheurs regorge de renseignements et de constats d'une grande justesse.

Un texte incontournable pour découvrir l'état des travaux nationaux en ce qui a trait aux normes de pratique et de formation en lien avec la pair-aidance famille et cerner les enjeux et défis liés à l'intégration des pairs aidants famille dans les équipes en santé mentale.

En route vers la pleine reconnaissance du savoir expérientiel dans le milieu de la dépendance

Nicolas Perron-Trudel et Vanessa Nona, Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

Force est de constater que bien du chemin reste à faire en matière de reconnaissance et d'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance. Cet article porte un regard critique sur leur situation actuelle dans les milieux d'embauche et traite d'un projet fédérateur de changements basé sur une approche inclusive.

L'AIDQ a obtenu un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux pour démarrer un projet à portée provinciale visant la reconnaissance et la valorisation des personnes ayant un savoir expérientiel. Ultimement, le projet veut promouvoir et soutenir l'intégration de ces personnes au sein des services de dépendance.

Des nouvelles de Peer Support Canada (Pair-aidance Canada) : son plan stratégique 2022-2027

Yasmina Lahlou, chargée de projet, Pairs aidants famille

Un résumé des cinq principaux axes autour desquels Peer Support Canada a construit son plan stratégique 2022-2027

Pairs aidants en santé mentale dans la francophonie

148

Compte rendu du livre *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*, sous la direction de Nicolas Franck et de Caroline Cellard. (2020). Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 286 pages.

Myreille St-Onge, professeure associée, École de travail social et de criminologie, Université Laval

Cet ouvrage regroupe des collaborateurs des quatre coins de la francophonie, autant des pairs aidants que des praticiens du domaine de la psychiatrie, mais aussi de la sociologie, de la psychologie et des sciences de l'éducation.

Myreille St-Onge nous transporte à travers les trois grandes parties du livre : les fondements théoriques et les données de la science; la pair-aidance en pratique; la formation à la pair-aidance et l'accompagnement des pairs aidants. Une occasion unique de découvrir les avancées les plus récentes dans le domaine de la pair-aidance.

Médiateur de santé pair, un nouveau métier dans le champ de la santé mentale

Bérénice Staedel, chargée de mission, Centre collaborateur, Organisation mondiale de la santé; coordonnatrice du développement, programme Médiateurs de santé pairs sur l'ensemble du territoire français

Le modèle de formation des médiateurs de santé pairs français montre à quel point les équipes en santé mentale peuvent contribuer efficacement à la formation des pairs aidants, mais aussi comment la relation entre le milieu de travail et le milieu de formation peut être enrichissante.

Intégrés à une équipe dès le début de la formation, tous les médiateurs de santé pairs témoignent de la richesse de ce que leurs collègues leur apportent au quotidien (infirmiers, aides-soignants, cadres de santé, éducateurs, animateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, etc.). Grâce à des questionnaires proposés aux étudiants tout au long de l'année de formation, la pertinence des contenus enseignés est très régulièrement réévaluée.

154

L'accompagnement des équipes et les interventions de pairs aidants en Belgique francophone

Stéphane Waha, pair aidant; formateur et accompagnateur, projet PAT chez En Route et au Smes

Deux organismes belges se sont associés pour offrir un service de formation et d'accompagnement des équipes qui souhaitent engager des pairs aidants : le projet PAT. L'approche ne consiste pas à proposer une solution unique à toutes les équipes, mais plutôt de faire un travail de coconstruction.

Le projet PAT permet également aux pairs aidants une forme originale de supervision appelée intervention. « L'objectif principal est de réfléchir ensemble à des situations concrètes vécues par les pairs aidants dans leur travail, de les mettre en perspective et d'essayer de formuler des pistes de solution ou d'action. Dans la mesure où les interventions interrogent la pratique de la pair-aidance, elles constituent un dispositif de formation continue et un outil pour faire évoluer la pratique ».

Pair-aidance en Suisse romande : l'Association re-pairs et ses actions

Roxane Mazallon, présidente, Association re-pairs

Pas étonnant que l'évolution de la pair-aidance en Suisse montre de profondes disparités en fonction des régions et des cantons. La Suisse est constituée de 4 régions linguistiques (allemande, française, italienne et romanche) et se divise en 26 cantons. Chaque canton possède sa propre constitution, son parlement, son gouvernement et ses tribunaux. La santé et les services sociaux sont des prérogatives cantonales.

Néanmoins, 125 pairs aidants sont déjà en activité en Suisse alémanique (allemande). En Suisse romande (française), la réalité est tout autre : 15 pairs aidants salariés vivent selon les termes de contrats temporaires de travail. L'auteure trace un portrait de la situation et relate les enjeux rencontrés par l'Association re-pairs, en activité depuis 2013.

Pairs aidants en santé mentale en Angleterre

178

Pairs aidants en santé mentale en Angleterre
Préambule

Table ronde de la journée thématique sur l'embauche de pairs aidants dans les services de santé mentale

Martin Lepage, pair aidant certifié; travailleur social; étudiant au 2^e cycle, École nationale d'administration publique

Dans une allocution aux allures de chronique du Franc-tireur, Martin Lepage met cartes sur table au sujet de l'état de la pair-aidance au Québec avant de laisser la parole aux représentants des trois Instituts universitaires en santé mentale du Québec et à celui du ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la table ronde sur l'embauche de pairs aidants dans les services de santé tenue lors du 19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

179

182

Proposition pour organiser un symposium consacré à l'expérience des intervenants pairs aidants de l'Angleterre au cours de la dernière décennie lors du 19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu les 11, 12 et 13 novembre 2019 à Montréal

Daniel Gélinas, psychoéducateur; travailleur social

Depuis plus de 10 ans, l'Angleterre fait preuve d'une audace et d'une créativité hors du commun pour faire du rétablissement une réalité. Ce pays embauche d'ailleurs aujourd'hui 4 fois plus de pairs aidants par 100 000 habitants que le Québec.

Lors d'un voyage d'études en Angleterre, Daniel Gélinas et Martin Lepage rencontrent des responsables engagées dans la formation, l'embauche et la supervision d'intervenants pairs aidants de deux grands établissements publics de santé mentale. Les coauteurs, armés d'arguments imparables, proposent ensuite d'inviter Emma Watson et Sharon Gilfoye au 19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

Conférence d'Emma Watson
Les gens se rétablissent dans leur communauté, pas dans les services

Emma Watson, responsable de l'essor de la profession de pair aidant, Nottingham
Healthcare National Health Service Foundation Trust

Traducteur : François Paré, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Emma Watson s'inspire du mouvement du soutien intentionnel américain pour définir la pair-aidance : « On se concentre sur la relation plutôt que sur l'individu, sur l'idée que je partage autant de moi-même avec la personne qui reçoit les services que celle-ci partage d'elle-même avec moi. On préfère nourrir l'espoir... plutôt que la peur d'avoir des conversations difficiles ».

Au tout début de la pair-aidance au Royaume-Uni, l'ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) a établi les valeurs capables de guider cette pratique à Nottingham. Avec des principes bien définis, l'aide est mieux structurée et la créativité mieux canalisée.

L'ImROC a également publié un guide sur nos 10 défis organisationnels clés. « Ce guide nous a bien servis à travers le pays. Il a aussi influencé d'autres organisations du côté international. »

Allocution pour la table ronde de la journée thématique de l'embauche des personnes en rétablissement par les services de santé mentale qui s'est tenue le 13 novembre 2019 dans le cadre du 19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Daniel Gélinas, psychoéducateur; travailleur social

Daniel Gélinas affirme qu'il est temps d'aller plus loin avec la pair-aidance en se donnant comme défi d'embaucher dans le secteur public 5 pairs aidants par 100 000 habitants pour rejoindre par exemple le niveau d'excellence du Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust.

Il préconise « d'adopter la stratégie déployée en Angleterre, soit de changer la culture de nos services pour faire en sorte que le rétablissement soit l'affaire de tous. Cela implique d'adopter des stratégies de planification de changement organisationnel en poursuivant des objectifs précis de transformation pour faire en sorte que toutes les interactions entre les acteurs touchés soient orientées par les valeurs et les principes du rétablissement (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016) ».

209

On a lu pour vous

Les voix du rétablissement : la médiation de la pair-aidance

Sabrina Palumbo

Avec Stéphane Cognon, Joan Sidawi, Muriel Thibault, Catherine Brettes, Philippine Rodier, Cécile Glasser

Avec Les voix du rétablissement, nous sommes très loin des récits trop bien lissés où l'on peine à reconnaître l'incroyable chaos et les insondables tourments que doivent traverser les personnes qui se rétablissent ainsi que les chemins improbables qui les mènent vers une réelle reprise de pouvoir sur leur vie.

Nous avons découvert pour vous

Un dossier thématique sur la pair-aidance destiné aux gestionnaires en santé mentale

212

Marc St-Martin, éditeur, le partenaire

Baptiste Godrie, instigateur du projet de dossier thématique Web sur la pair-aidance destiné aux gestionnaires, accorde une entrevue à la revue le partenaire. Il nous donne ainsi la chance de découvrir comment cette idée a germé et s'est propagée.

Un dossier facile à consulter qui inclut des vidéos. Il cerne avec justesse ce qu'est l'intervention par les pairs aidants et les enjeux liés à leur embauche et à leur intégration!

216

Votre pair-aidance idéale

Muriel Thibault, paire aidante; formatrice paire

Devenir pair aidant exige, entre autres, de prendre du recul par rapport à son expérience, « de repérer les valeurs importantes pour soi, mais aussi les modes d'action, les modes de relation et les façons de travailler qu'on préfère ».

L'auteure nous donne un aperçu de ce qui a forgé sa vision personnelle de la pair-aidance, de ce qui constitue le véritable moteur de son engagement. Elle nous propose, sous forme de questions, des pistes de réflexion pour qu'à notre tour, nous soyons à même de mieux définir ce qui est capable de soutenir véritablement notre action comme pair aidant.

CHRONIQUE DU FRANC-TIREUR

La perception de la qualité des services et de la nature des enjeux liés au rétablissement en santé mentale peut différer énormément selon que l'on soit un professionnel de la santé ou une personne utilisatrice de services. Cette chronique vise à soulever des débats et à provoquer des remises en question. La chronique du franc-tireur est un texte d'opinion réservé à une personne vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale.

Pair-aidance en santé mentale au Québec

Vers une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne

Mathieu Bouchard, pair aidant et chercheur postdoctoral



Je rêve que les pairs aidants œuvrant partout à travers le Québec aient accès à des postes permanents avec sécurité d'emploi, cumul d'expérience et avantages sociaux, comme leurs collègues des autres professions employés dans le réseau. Je rêve que plusieurs pairs aidants travaillent dans chaque milieu clinique pour qu'ils puissent se soutenir entre pairs dans leur pratique et dans

leurs relations avec les usagers et les professionnels. Je rêve que la pair-aidance en santé mentale au Québec soit une pratique reconnue par un titre d'emploi exclusif au Conseil du trésor. Je rêve que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec passe de la parole aux actes en posant les gestes concrets qui permettront enfin l'atteinte des objectifs d'intégration de pairs aidants énoncés dans ses plans d'action. Mais surtout, je rêve que les pairs aidants du Québec arrivent enfin à s'organiser entre eux à travers la province pour former une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne. Ainsi, il deviendra possible pour les pairs aidants d'unir leurs forces de manière à exercer une action concertée perçue comme représentative par l'ensemble des membres de leur communauté et comme légitime par leurs parties prenantes telles

que les décideurs politiques, gestionnaires cliniques, programmes de formation¹, syndicats et autres groupes professionnels.

À la suite d'épreuves qui m'ont amené à comprendre l'importance fondamentale du soutien social en santé mentale, j'ai moi-même complété en 2016 une formation reconnue pour devenir pair aidant certifié. Toutefois, au-delà d'un stage en milieu de pratique, je n'ai jamais exercé la pair-aidance de manière « professionnelle ». Par ailleurs, mes travaux de recherche et engagements connexes sont profondément enracinés dans mon expérience de la détresse ressentie et des soins reçus. J'ai terminé en 2019 un doctorat au département de management de HEC Montréal. À partir d'une étude ethnographique comparative des mouvements de la pair-aidance et de l'entraide entre entendeurs de voix, j'ai indiqué dans

¹ Les deux principaux programmes de formation et de certification de pairs aidants en santé mentale au Québec sont Pairs Aidants Réseau délivré depuis 2008 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et reconnu par la Direction générale de la Formation continue de l'Université Laval (<https://aqrp-sm.org/groupe-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/detail/>) et le Microprogramme de 1^{er} cycle en santé mentale : mentorat pour pairs aidants offert depuis 2017 par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (<https://admission.umontreal.ca/programmes/microprogramme-de-1er-cycle-en-sante-mentale-mentorat-pour-pairs-aidants/>).

« Pour pouvoir réfléchir aux efforts de professionnalisation des pairs aidants québécois, nous devons d'abord nous entendre sur ce qui définit une profession. Cela nous permettra de déterminer les conditions qui permettent à une profession émergente de s'établir ».

ma thèse doctorale différentes manières dont les patients psychiatriques s'organisent pour modifier ou compléter l'offre de services en santé mentale. En utilisant des méthodes qualitatives intégrant des principes participatifs, je poursuis actuellement un programme de recherche postdoctoral visant à expliquer et à favoriser l'action collective des usagers dans les systèmes de santé et d'éducation. Je m'intéresse particulièrement à l'apprentissage collectif et à la gouvernance des groupes d'usagers². J'agis aussi comme pair aidant informel auprès d'amis depuis de nombreuses années et comme proche aidant auprès de mes parents en perte d'autonomie depuis quelques années.

J'écris donc ce texte un peu comme pair aidant et un peu comme allié du mouvement. Surtout, je tiens

² Mes études doctorales ont été financées par le Fonds de recherche du Québec – société et culture (FRQSC), le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et la Chaire de recherche du Canada en gestion stratégique en contexte pluraliste. Mon programme postdoctoral de recherche, rattaché à l'école de gestion Telfer de l'Université d'Ottawa, est financé par le CRSH et la Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés. Je tiens à remercier mes nombreux collaborateurs, particulièrement Luciano Barin Cruz (superviseur de thèse doctorale), Ann Langley et Steve Maguire (membres de mon comité de thèse doctorale), Samia Chreim (superviseuse de stage postdoctoral), les participants à mes travaux de recherche pour leur générosité et leur ouverture, ainsi que ma famille et mes proches pour leur indispensable amour et soutien moral tout au long de ce parcours entamé en 2014.

à mettre au clair que j'écris ce texte uniquement en mon nom personnel et je ne prétends pas parler au nom « des » pairs aidants. Dans cette posture, mon objectif est d'offrir une contribution personnelle à la réflexion collective sur l'avenir de la pair-aidance au Québec.

Pour pouvoir réfléchir aux efforts de professionnalisation des pairs aidants québécois, nous devons d'abord nous entendre sur ce qui définit une profession. Cela nous permettra de déterminer les conditions qui permettent à une profession émergente de s'établir. Nous pourrions alors poser un regard éclairé sur les avancées réalisées et les obstacles rencontrés par les pairs aidants québécois dans leurs efforts, au long des deux dernières décennies, pour que leur travail leur permette d'accéder à un statut reconnu par le réseau provincial des soins de la santé et des services sociaux.

Trois conditions d'existence d'une profession

Bien qu'il n'y ait pas d'unanimité sur la manière de définir ce qu'une profession est et n'est pas, je me permets d'avancer trois conditions bien acceptées pour qu'une profession puisse s'établir et préserver son statut³.

Premièrement, les membres d'une profession doivent posséder collectivement une **connaissance exclusive** appliquée à régler un certain type de problèmes vécus par les membres d'un groupe social ayant des besoins particuliers (une « clientèle »).

Deuxièmement, une profession doit occuper une **position spécifique** dans un champ de pratique réglementé à l'intérieur duquel un certain nombre de groupes professionnels se divisent le travail (un « domaine de juridiction »).

Troisièmement, une profession doit bénéficier d'une **organisation interne** cohésive qui permet la mise en œuvre d'une action concertée nécessaire à la réalisation et au maintien des deux premières conditions d'existence (une « capacité d'autogouvernance »). En gardant en tête ces trois conditions d'existence, réfléchissons aux efforts des pairs aidants pour accéder à un statut professionnel reconnu dans le champ des soins en santé mentale.

³ Freidson, E. (1989). « Theory and the Professions », *Indiana Law Journal*, 64(3), 423-432.

Connaissance exclusive. Les pairs aidants possèdent une connaissance bien reconnue, qu'on appelle souvent « savoir expérientiel ». Cette connaissance leur est exclusive puisqu'il faut avoir vécu la détresse, reçu les soins en santé mentale et suivi une formation permettant d'explicitier cette connaissance et de certifier la capacité des pairs aidants à l'appliquer en contexte d'intervention pour aider de manière constructive leurs « pairs », c'est-à-dire les usagers qui vivent une détresse sociale ou émotionnelle comparable à celle qu'eux aussi ont déjà vécue. La première condition, celle de posséder une connaissance exclusive répondant aux besoins particuliers d'une clientèle, semble donc assez bien réalisée et de mieux en mieux reconnue. D'ailleurs, on dit souvent que les pairs aidants sont les « experts » du vécu en lien avec les problèmes en santé mentale et les soins qui s'y rattachent.

Position spécifique. Dans le réseau public des soins de la santé et des services sociaux, les pairs aidants agissent à l'intersection du système professionnel et de la clientèle usagère. Leur pratique a comme caractéristique de faire le pont entre l'univers⁴ des professionnels et celui des usagers, agissant comme traducteurs et comme courtiers de connaissances entre ces deux univers . La deuxième condition, celle d'occuper une position spécifique dans un domaine de juridiction, semble donc aussi assez bien réalisée. Il est toutefois essentiel de noter que dans de nombreux milieux d'embauche, un seul pair aidant exerce auprès de collègues d'autres professions, et donc qu'une masse critique permettant aux pairs aidants de s'appuyer entre eux dans leur travail quotidien demeure à atteindre.

⁴ Asad, S. et S. Chreim. (2016). « Peer Support Providers' Role Experiences on Interprofessional Mental Health Care Teams: A Qualitative Study », *Community Mental Health Journal*, 52, 767-774.

Crédit photo : Denis Magati.



Organisation interne. Les principales difficultés que doivent affronter les pairs aidants dans leurs efforts pour s'établir comme profession pleinement reconnue à travers le réseau provincial semblent se trouver du côté de la troisième condition. Il s'agit pour les pairs aidants québécois d'arriver à s'organiser entre eux de manière à exercer une action concertée perçue comme représentative par l'ensemble des membres de leur communauté et comme légitime par les parties prenantes desquelles ils doivent obtenir l'appui pour mener à bien leur projet de professionnalisation. Les nombreuses tentatives d'autogouvernance associative entreprises au cours des deux dernières décennies n'ont pas permis jusqu'à maintenant de réaliser pleinement cette condition d'existence d'une profession. Au moment d'écrire ce texte, à défaut d'arriver à s'organiser entre eux pour gouverner leur propre destinée, les pairs aidants québécois dépendent largement des principaux organismes de formation présents sur le territoire et des milieux d'embauche pour les organiser et les représenter auprès de leurs parties prenantes.

Vers une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne

Pour permettre l'établissement par les pairs aidants québécois d'une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne, plusieurs choses sont nécessaires.

D'abord, il importe que se mobilise un groupe de pairs aidants disposant de la volonté et du savoir-faire requis pour former un comité exécutif dévoué, transparent et stable, capable à la fois de rallier les membres de la communauté provinciale des pairs aidants dans le travail de coconstruction de leur association et de les représenter efficacement auprès de leurs parties prenantes à travers le réseau provincial. Il s'agit d'un travail colossal qui, de manière réaliste, ne peut être accompli bénévolement le soir et la fin de semaine par un groupe de pairs aidants travaillant à temps plein dans des fonctions d'intervention clinique. Cela a été tenté à plusieurs reprises par le passé et, malgré leur motivation initiale et leur bonne volonté, les pairs aidants qui s'y sont engagés ont fini par s'épuiser et, à bout de souffle, par devoir quitter le projet. Tenter de nouveau cette expérience produira une fois de plus, de manière prévisible, un résultat semblable qui n'est bon pour personne.

Ensuite, pour permettre à une telle association professionnelle provinciale d'atteindre la pérennité, les pairs aidants qui agiront comme membres de son comité exécutif devront être rémunérés de manière appropriée pour assumer ces responsabilités exigeantes, ce qui leur permettra de consacrer une portion importante de leur temps de travail aux tâches à accomplir dans le cadre de ces fonctions.

Enfin, les pairs aidants devront bénéficier du soutien organisationnel d'une coalition de partenaires établis qui, en plus de fournir le financement d'où proviendra cette rémunération, appuieront les membres du comité exécutif pour établir des procédures robustes encadrant la régie interne, la tenue de livres, la reddition de comptes, la gestion de la vie associative et bien plus encore.

L'établissement d'une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne est un travail complexe qui s'inscrit à long terme et exige le recours à une variété de ressources et de savoir-faire spécialisés pour lesquels peu de pairs aidants ont été formés. Voilà pourquoi l'appui d'une coalition de partenaires à l'échelle provinciale est essentiel à la réalisation de ce projet.

D'accord, mais qu'est-ce que ça donne? Et pour qui?

Vous me direz que former une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne pour représenter les pairs aidants québécois est un objectif honorable, mais qu'est-ce que ça donne? Et pour qui? Je conclurai ce texte en suggérant que la réalisation de ce projet avantage chacune des principales parties prenantes liées à la pratique de la pair-aidance dans le réseau québécois des soins de la santé et des services sociaux.

Une association professionnelle de pairs aidants forte et légitime permettra enfin d'atteindre les objectifs énoncés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans chacun de ses plans d'action des deux dernières décennies en facilitant la préparation des milieux d'embauche et l'intégration durable de pairs aidants à travers la province. Elle allégera la tâche des syndicats en leur donnant accès

à un interlocuteur direct pour négocier les paramètres d'inclusion de la pair-aidance dans les conventions collectives ainsi qu'en prévenant les griefs et conflits de travail liés à l'amalgame du titre d'emploi des pairs aidants avec celui des éducateurs.

Une association professionnelle forte et légitime règlera le conflit d'intérêts dans lequel sont embourbés les organismes qui proposent les principaux programmes de formation et de certification de pairs aidants au Québec en les soulageant du rôle de représentation des pairs aidants qu'ils sont contraints de jouer malgré eux auprès des milieux d'embauche, des syndicats et des instances gouvernementales, alors que ces organismes offrant les principaux programmes de formation ne sont pas gouvernés par et pour des pairs aidants.

Une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne favorisera l'intégration et l'harmonisation des activités de formation menant à la certification des pairs aidants à travers la province en créant le pont manquant entre les principaux programmes de formation présentement en compétition l'un contre l'autre et qui devront apprendre à travailler ensemble pour le bien commun

de la communauté provinciale des pairs aidants et de leurs principales parties prenantes. En effet, plusieurs pairs voient ces programmes de formation comme complémentaires.

Mais avant tout, l'institution d'une association professionnelle forte et légitime pour représenter les pairs aidants de l'ensemble du Québec est une réponse essentielle au besoin de reconnaissance, de fierté et d'identification collective des pairs aidants. Comme leurs collègues des professions établies dans le réseau provincial des soins de la santé et des services sociaux, les pairs aidants se dévouent corps et âme pour répondre aux usagers et aux citoyens qui ont plus que jamais besoin d'eux. Comme leurs collègues, les pairs aidants méritent d'être reconnus et traités en tant que professionnels à part entière. C'est une question de dignité et d'équité interprofessionnelle. Avec un appui matériel et symbolique tangible et assumé provenant d'une coalition de partenaires établis, les pairs aidants réussiront enfin à fonder une association professionnelle autogouvernée, rassembleuse et pérenne. Toutes les parties prenantes du réseau en bénéficieront, en premier lieu, les nombreux usagers auxquels les pairs aidants donnent espoir, confiance et réconfort au quotidien.

Crédit photo : Lisa Fotios.



Les savoirs expérientiels en santé mentale

Entre monnaie d'échange et objets *frontière*



Emmanuelle Jouet, Directrice du
Laboratoire de recherche en Santé Mentale, et
Sciences Humaines et Sociales (Labo SM-SHS)

- Co-pilote au GHU du Partenariat en santé,
pour des usagers acteurs de l'hôpital
Vice-président pour la formation au sein du Enter Mental
Health Network : <https://www.entermentalhealth.net/>

Olivier Las Vergnas, Professeur des universités,
Université Paris-Nanterre, UFR SPSE @ bat.
Formation Continue, Responsable de l'équipe
« Apprenance, Formation et Digital », Laboratoire
CREF (UR 1589),
Directeur de recherches doctorales associé au
laboratoire CIREL, équipe Trigone (UR 4354) @
Université de Lille.



Aurélien Troisoeufs, anthropologue
de la santé au Laboratoire de recherche
en Santé Mentale, et Sciences Humaines
et Sociales (Labo SM-SHS)

1. Savoirs expérientiels : croissance et succès en santé mentale

Dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, il est aujourd'hui connu que les acteurs ont tout à gagner à s'appuyer sur l'expérience de la maladie vécue par les personnes elles-mêmes et sur celle de leur entourage, en la prenant en considération comme une dimension essentielle à l'exercice de leurs activités et de leur pratique. Cet enjeu a été identifié, décrit et promu depuis plus d'une vingtaine d'années par de multiples auteurs et acteurs qui ont travaillé à la formulation et à la formalisation de l'idée de « savoir expérientiel » des personnes touchées par des problèmes de santé mentale¹ comme on peut le voir d'un point de vue bibliométrique (encadré 1).

Dans ce contexte de référence croissante aux « savoirs expérientiels », cet article met en perspective un regard sur cette littérature scientifique avec un point d'étapes sur les pratiques, et se propose ainsi d'éclairer la place actuelle des approches centrées sur les savoirs expérientiels dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie.

2. Cinq visées complémentaires présentes dans la littérature

Une répartition en cinq catégories du contenu de cette littérature scientifique² peut être proposée comme correspondant à autant de visées complémentaires à atteindre au travers de la mise en évidence des « savoirs expérientiels » : les définir et catégoriser, modéliser leurs processus de production, en déployer et évaluer des applications et, enfin, évoquer les débats qu'ils suscitent.

¹ Sont nommés ici, pour faciliter la lecture, autant les personnes atteintes directement que leurs proches.

² Dans cette étude ont été regardés des articles de type études de la littérature, articles dans les revues professionnelles et actes de colloques ou de conférences ainsi que des webinaires et des actes de congrès publiés en ligne dans lesquels se trouvait l'expression « savoirs expérientiels », dans le champ de la santé, de la santé mentale et de la psychiatrie, pris dans le corpus quantifié dans le paragraphe précédent, ce qui correspond aux quinze dernières années. La reproductibilité de la méthode de catégorisation et d'analyse n'étant pas une nécessité à ce stade dans cet article, ce travail n'est pas ici présenté comme une étude systématique de la littérature effectuée et ne se veut pas exhaustif.

Définir les savoirs expérientiels

Malgré la popularité grandissante de l'expression, le sens qui lui est accordé n'est pas encore stabilisé. Ainsi se dégagent des définitions de ce qu'elle représenterait (Gardien, 2019; Godrie, 2014; Gross et Gagnayre, 2014; Jodelet, 2017; Jouet, 2009; Linder, 2020b)³ sans que l'une d'entre elles ne s'impose pour le moment dans le paysage francophone. De surcroît, l'idée que l'expérience (d'une maladie ou d'un autre état) soit source de connaissances préexiste à l'utilisation de l'expression. Que ce soit en philosophie ou en sciences humaines et sociales, plusieurs terminologies sont apparues en amont de « savoir expérientiel » pour rendre compte différemment de la place de l'expérience. Par exemple, celles de « savoir profane » ou d'« expertise profane » ont été particulièrement utilisées dans le domaine de la santé pour décrire le point de vue de ceux qui ne possédaient pas le savoir médical (Epstein, 2001). Elles exprimaient les productions de savoirs issues de collectifs de patients ou de proches. Au début des années 2000, l'émergence de la référence « savoir expérientiel » aurait eu comme effet d'invisibiliser celle de « savoir profane ». Si l'adjectif « profane » est encore adopté par certains chercheurs, c'est principalement pour décrire les mobilisations collectives qui construisent des pratiques alternatives ou complémentaires à celle de la médecine ou des politiques publiques.

Décrire ou modéliser les processus de production

Sont également interrogées les manières dont le vécu ou l'expérience des troubles de santé mentale, de la maladie, du handicap peut se transformer en savoir. Il s'agit, entre autres, de chercher à identifier les caractéristiques, individuelles comme collectives, qui permettent cette conversion, mais aussi d'essayer d'en décrire les étapes successives. Que ce soit à l'échelle micro, méso ou macro, ces travaux tendent, en partie, à repérer les conditions facilitant ou entravant le processus de production des savoirs expérientiels et à interroger comment ces niveaux sont articulés. Aussi, des cadres de pensée et d'actions écosystémiques déclinent ces processus de conversion à ces trois niveaux (1) en les reliant à des catégories distinctes de savoir, (2) en prescrivant des pratiques et des interventions spécifiques, (3) en édictant des objectifs politiques. On trouve, surtout, le modèle de Montréal sur le partenariat de soins (Flora et coll., 2015; Karazivan et coll., 2015) ou

³ Nous renvoyons aux travaux cités afin de prendre connaissance des définitions locales élaborées.



Crédit photo : Kha Ruxur.

d'autres propositions comme le modèle de partenariat humaniste en santé (Lecocq et coll., 2017) de même que les prescriptions récemment accordées au patient expert (Tourette-Turgis, 2019).

Des concepts issus de différentes disciplines des sciences humaines et sociales sont convoqués : en sciences de l'éducation et de la formation, les savoirs expérientiels sont compris sous l'angle de la narration (Breton, 2020; Jouet, 2020), de la biographisation (Delory-Momberger, 2019) ou des processus d'apprentissage (expérientiel, situé,

formel, informel...) (Gross et Gagnayre, 2017; Jouet, 2013; Thievenaz et coll., 2015); en sociologie, Ève Gardien (2020) propose de comprendre le phénomène sous l'angle de la sémantisation⁴.

Catégoriser ou produire des référentiels

Ici, le savoir expérientiel est accepté comme un savoir complémentaire à celui des intervenants (autres que pairs aidants) et vecteurs de pratiques plus efficaces du point de vue médical. Pour ce faire, depuis une quinzaine d'années, des recherches et des programmes d'études visent à affiner la catégorie principale « savoir expérientiel en santé mentale, en psychiatrie et en handicap » en sous-catégories plus fines à partir de perspectives disciplinaires et épistémiques différentes.

Ainsi, dans le champ de la santé publique, au sein du paradigme de l'éducation thérapeutique de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale, la visibilisation des savoirs se produit au cours des différentes étapes du processus d'apprentissage formalisé par le modèle et les programmes qui s'y déploient (Gross et Gagnayre, 2017). Mais aussi, au travers des projets d'intervention en accompagnement clinique, sont déterminées des catégories de savoirs visant à formaliser des compétences professionnelles, comme dans les études effectuées sur les médiateurs de santé pairs et pairs aidants (Demailly, 2020; Godrie, 2020).

En sociologie et en anthropologie sont observés et analysés des phénomènes existants – comme la pair-émulation, la pair-éducation ou la pair-aidance (Troisoeufs, 2020; Troisoeufs et Eyraud, 2015) – qui sont en train de se généraliser sous des formes nouvelles d'intervention, d'usages et de pratiques par des concepts originaux, comme la « pairité » et l'« interjectivité » (Gardien, 2020; Gardien, 2019).

Appliquer

La plupart de ces études et de ces programmes s'interrogent sur la portée opératoire de l'idée de « savoirs expérientiels » et comment elle peut être généralisée et reprise dans différentes dimensions de la société. Dans les domaines des soins, du

⁴ La sémantisation « consiste en un processus de mise en significations progressive de l'expérience, spontanément déployé lorsque les repères usuels viennent à manquer de pertinence pour s'orienter et s'adapter » (Gardien, 2020).

médicosocial ou du social, on note une intention explicite à mobiliser les acquis expérimentiels afin d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers et aux proches, la formation ou encore les pratiques de recherche (Troisoeufs et McCluskey, 2021)⁵. À ce titre, le projet EPoP⁶ est un exemple récent de l'accroissement du recours aux savoirs expérimentiels au travers d'une pair-aidance diversifiée qui se diffuse dans l'accompagnement individuel et collectif, la formation, la consultance, l'élaboration de politique publique, l'expertise d'usage, la conception de biens et de services, la représentation, la défense des droits, la sensibilisation⁷.

Débattre et questionner

Au fur et à mesure de l'affinement des travaux, des réflexions se manifestent dans les publications : une première grande partie porte sur la relation entre des savoirs issus de l'expérience avec ses troubles de santé mentale et des savoirs académiques ou portés par les professionnels. Elle soulève trois problématiques sous-jacentes : (1) la légitimité accordée aux savoirs expérimentiels par rapport aux savoirs théoriques et leur reconnaissance

⁵ IRESP, Colloque 9 et 10 mars 2022 : Recherches participatives en santé et en bien-être des populations : défis et pratiques, <https://iresp.net/animations/colloque-9-et-10-mars-2022/>.

⁶ EPoP, Empowerment and Participation of Persons with Disability, 2021.

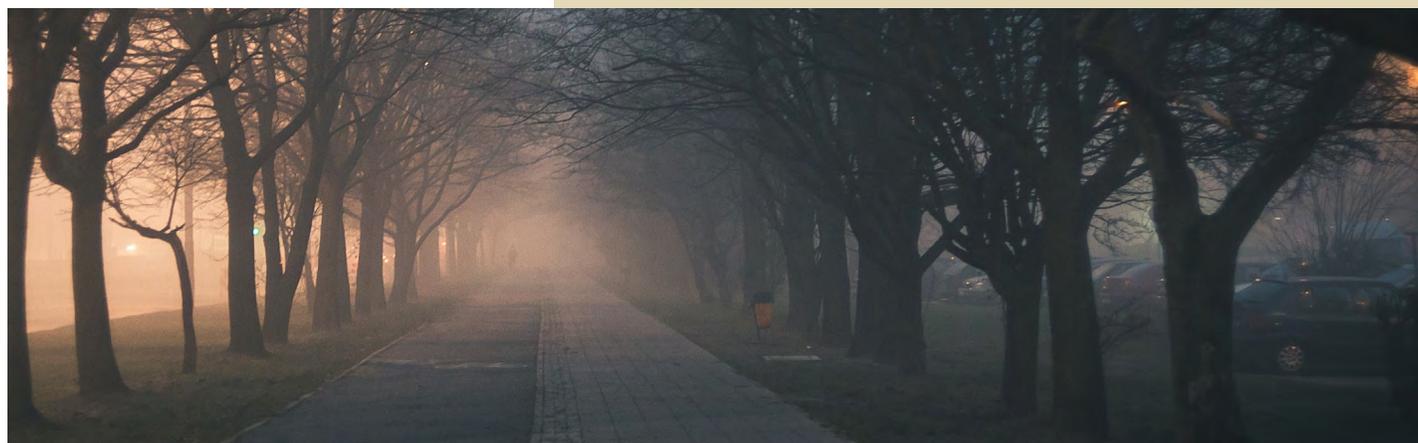
⁷ Pair initiative (pair-initiative.fr).

comme ressources pouvant conduire à des activités rémunérées et à une professionnalisation (exemples : pairs aidants, patients/proches partenaires); (2) l'injustice inhérente aux systèmes de productions des savoirs en général⁸ (injustice épistémique : nier la crédibilité d'un sujet en raison de certains attributs sociaux, à la fois testimoniale – cas où la personne n'est pas crue – et herméneutique – cas où la personne n'a pas les ressources nécessaires pour être comprise (Fricker, 2007)); (3) la non prise en compte de l'hétérogénéité dans les expériences des troubles de santé mentale et des identités sociopolitiques des personnes qui les vivent (Rose et Kalathil, 2019), question qui prolonge celle de l'absence de prise en compte de la dépendance aux contextes dont sont extraits ces savoirs pourtant complètement liés aux vécus (Godrie, 2021).

En parallèle apparaît depuis peu l'interrogation des professionnels de la santé et du social au sujet de la relation avec leur propre savoir expérimentiel (Cartron, Lefebvre et Jovic, 2021).

⁸ Sachant que se superposent pour les personnes qui s'intéressent à la psychiatrie et à la santé mentale trois couches de délégitimation des acquis de l'expérience (1) par rapport à un savoir scientifique en général (Lévy-Leblond, 1981; Roqueplo, 1975), (2) par rapport à un savoir médical en général (biopouvoir) et enfin (3) à cause de la stigmatisation, voire de l'oppression, dont elles sont victimes (Jodelet, 1987).

Crédit photo : Denis Magati.



3. Déclinaisons terrain de l'approche centrée sur les savoirs expérientiels

En complément de ce regard sur la littérature, on constate aussi, à partir des pratiques sur le terrain, que cette approche centrée sur les savoirs expérientiels a permis, dans de multiples cadres, d'en déployer des applications pratiques.

Priorité des politiques publiques

Ces savoirs sont devenus une priorité des politiques publiques et s'installent peu à peu comme critère de recommandation en matière de santé mentale et de psychiatrie. Encore récemment, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mandaté son Centre collaborateur OMS situé à Lille pour réaliser un cadre de référence visant à faire valoir, à définir et à favoriser leur prise en compte. Au Québec, le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 soutient dans son axe 3 Partenariat avec les organismes communautaires, l'Action 3.2 – [...] la prise en compte de la parole collective et du savoir expérientiel dans la planification et l'organisation des services en santé mentale. La volonté politique s'accompagne ici d'un effort financier d'un million de dollars. Et l'Action 3.3 – Soutenir la formation et l'intégration de pairs aidants incite à la poursuite de travaux relatifs à la valorisation et à l'intégration du savoir expérientiel dans les milieux de travail dans le domaine de la dépendance (trois millions cent mille dollars). En France, son inscription au sein des politiques de santé mentale n'est pas encore autant explicite, mais tend à être confortée (loi de modernisation du système de santé de 2016, décret du 27 juillet 2017...). Plusieurs dispositifs ont été instaurés dans lesquels les savoirs expérientiels représentent une condition de fonctionnement. Par exemple, l'Éducation thérapeutique du patient, lancée en 2009, participe à la valorisation des savoirs acquis par les bénéficiaires de ces programmes et encourage leur coconstruction et leur coanimation avec les associations et les « patients intervenants » (Troisoeufs, Fournier et Bungener, 2019). De même, le programme des Médiateurs de santé pairs⁹ représente l'une des meilleures illustrations de cette attention accordée par les politiques publiques à l'expérience des personnes touchées. Depuis 2019, le programme est renouvelé et porté par toujours plus d'Agences régionales de santé. S'inscrivant dans ces différents cadres d'action,

⁹ « médiateur de santé pair » est un synonyme utilisé en France pour le terme « pair aidant » employé au Québec et est un diplôme de licence délivré par l'Université de Bobigny.

partout sur le territoire, de nombreux services hospitaliers comme médicosociaux s'emparent de la notion, de ces outils et de ces pratiques.

Le recours aux approches centrées sur le rétablissement des personnes facilite ce mouvement d'amplification, étant donné que la pierre angulaire de ce processus réside dans la reconnaissance et la valorisation de l'expérience vue comme source de richesse. Non seulement internationalement les politiques publiques s'y réfèrent et les portent localement à l'intérieur des cadres réglementaires, mais les professionnels et les acteurs de leurs institutions de formation et de soins produisent des cadres de références et des recommandations métiers qui valorisent les savoirs expérientiels de la maladie. Cette dynamique s'inscrit aussi dans le contexte d'une croissance toujours plus importante de formations et de certifications au sujet du rétablissement et des savoirs expérientiels (Jouet, 2021).

Efficiences des dispositifs où les personnes sont associées

La reconnaissance des savoirs expérientiels des personnes concernées, ou ce qui pourrait encore être mis dans l'ensemble plus large de la participation en santé, produit des effets bénéfiques dans les systèmes de soins, de santé et d'accompagnement (Gross et Gagnayre, 2017; Merle et coll., 2021; Simon et coll., 2020; Tourette-Turgis, 2019). Sur le plan individuel, elle améliore le parcours de soins. En psychiatrie, le plan de crise conjoint ou les directives anticipées par exemple ont fait l'objet de plusieurs études montrant qu'une participation accrue des patients dans les décisions qui concernaient leur santé avait des effets positifs (Ferrari et coll., 2018). Cela conduit notamment à une diminution de la contrainte perçue (Lay et coll., 2018), à un meilleur contrôle de soi et des troubles de santé mentale (Thornicroft et coll., 2013), au renforcement de l'alliance thérapeutique (Bartolomei et coll., 2012), à la diminution des réhospitalisations (Henderson et coll., 2004), à la meilleure utilisation des ressources (Ruchlewska et coll., 2014) et à la diminution des coûts de prise en charge (Flood et coll., 2006). Ainsi, la littérature et les mises en pratique montrent qu'une personne qui mobilise ses savoirs expérientiels enrichit ses conditions de vie avec la maladie, fait confiance à son action et à sa pensée, et se trouve une place dans le monde par effet de lutte contre la discrimination et la stigmatisation de même que par effet de valorisation de la diversité.

De plus, l'impact de la prise en compte des savoirs expérientiels est notable aujourd'hui dans les services de soins. Par exemple, certains auteurs (Trachtenberg et coll., 2013) attestent ainsi que la présence des pairs aidants professionnels influe sur la qualité de vie des personnes hospitalisées, mais aussi sur l'optimisation de l'organisation des soins, et également sur le plan de l'économie des dépenses en santé. Il est reconnu plus largement que des dispositifs de participation des personnes dans des programmes d'accompagnement (pair aidant, médiateur de santé pair...), de formation (usager formateur, patient enseignant, formateur pair...) ou de recherche (pair intervenant en recherche, pair chercheur, cochercheur...) renforcent la confiance en soi et l'espoir en une vie meilleure,

améliorent l'efficacité des traitements, créent de la connaissance scientifique nouvelle et performative, et nouent des relations de réciprocité, d'empathie et de réflexivité (Davidson, 2018).

Enfin, il est démontré maintenant que la gouvernance des systèmes de soins et de santé est réellement touchée par la présence des usagers et des proches dans des instances de plus en plus nombreuses (Pomey, Denis et Dumez, 2019). Et que lutter pour ses droits va dans le sens d'une amélioration personnelle de sa santé mentale (Mann et coll., 1999).

Valorisation de l'expérience en dehors du système



de soins : des formes de coopérations réflexives collectives

Mais le fait de considérer et de valoriser son expérience en santé mentale et en psychiatrie n'est pas circonscrit au seul périmètre du domaine de la médecine et de l'accompagnement. Ainsi, dès les années 80, un intérêt pour les récits a permis l'émergence d'une perspective alternative au modèle d'accompagnement déjà évoquée, celle du rétablissement en santé mentale. Des témoignages, des histoires de vie, des narrations littéraires ou d'autres formes d'expression ont su contribuer, au vu de la dimension expérientielle de ces récits, à produire des connaissances nouvelles (Linder, 2020a).

De plus, sur le plan individuel, il est montré qu'au regard du temps passé à se soigner, une personne atteinte d'une maladie chronique est devenue une soignante (Coulter, 2011). Ainsi, les stratégies d'autosoins ou d'autosanté, où les personnes développent des savoirs et compétences situées et personnelles non corrélées avec les actes médicaux ou paramédicaux, sont un axe majeur dans la vie d'une personne atteinte d'un trouble de santé mentale (Houle et Radziszewski, 2010). Elles se forment (Jouet et Flora, 2010) et refondent petit à petit de nouvelles normes personnelles (Barrier, 2014; Jullien, 2017; Worms, 2015). Toutes ses dimensions de vie peuvent rester inaccessibles et cachées des professionnels soignants, soit par non-intérêt, non-validation ou disqualification, ou bien encore par incompatibilité des systèmes de production de connaissances. Sur le plan collectif, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale s'appuient mutuellement (groupes d'entraide, groupes d'autosupport, associations, collectifs) (Troisoeufs, 2009), construisent des savoirs ensemble en présentiel (le programme Toward Recovery, Empowerment and Experiential Expertise – TREE) ou en distanciel (psychoactif.org¹⁰ ou La Maison Perchée, par exemple) et développent ainsi des formes d'actions émancipatrices ainsi que des communautés d'apprentissage comme c'est le cas du Réseau des entendeurs de voix. De tels processus d'appropriation collective de l'expérience transforment la compréhension du vécu, dont le fait d'en être responsable. Le soutien, le compagnonnage entre pairs, a pour effet entre autres de se défaire d'une « pathologisation » de la pensée, des ressentis, des perceptions et des sensations. Les membres de tels groupes d'entraide échangent entre eux, bricolent leurs savoirs en mutualisant leurs expériences et en

reconstruisant leurs normes et leurs valeurs pour comprendre plus ou moins profondément (deep experiential knowledge) le monde tel qu'ils le vivent (Noorani, Karlsson et Borkman, 2019).

La construction et l'exercice de l'esprit critique vis-à-vis d'un conformisme social et médical permettent ici aux personnes de lutter pour leurs droits et d'investir des arènes scientifiques et publiques, nationales comme internationales, sans avoir recours aux professionnels et aux institutions de soins et de santé (Wooley, 2020). Ces personnes peuvent être très visibles sur les réseaux sociaux où bien des collectifs de patients peuvent dénoncer des pratiques vues comme répressives ainsi que des politiques et des représentations perçues comme dominantes (compte Facebook Les schizophrénies). Ou encore construire des collectifs (associations, réseaux, groupes sur les réseaux sociaux...) qui postulent et revendiquent des positions alternatives à la doxa¹¹ et aux recommandations médicales à propos des médicaments, par exemple, ou des médecines alternatives complémentaires.

4. Résultats des deux explorations : une typologie des représentations de la valorisation de l'expérience

Notre double exploration confirme que, si l'approche centrée sur les « savoirs expérientiels » est installée dans la littérature scientifique et analysée avec les cinq visées citées plus haut, on en repère aussi très facilement des mises en œuvre dans les politiques et sur le terrain.

L'analyse de ces textes et de ces pratiques montre qu'aux « savoirs expérientiels » sont enchevêtrées d'autres notions et expressions que l'on peut qualifier de connexes comme les « PREM'S », « l'expérience patient », « le partenariat patient/de soins », ou encore « l'engagement patient » et « les coopérations réflexives » (Jouet, Las Vergnas et Noel-Hureau, 2014). On pourrait se demander si ces terminologies relèvent d'approches distinctes, complémentaires ou concurrentes, ou sont simplement synonymes. Or, à la lecture, on constate qu'elles ne le sont pas car, outre les variations de visées proposées, d'autres contrastes affleurent. Ils concernent les représentations de ce que les parties prenantes ont envie de tirer de la prise en

¹⁰ <https://www.psychoactif.org/forum/index.php>.

¹¹ Doxa : Ensemble des opinions communément admises dans une société donnée, Le Petit Robert, 2018.

Tableau I
Représentation des bénéfices à tirer de la mobilisation de l'expérience

	L'expérience des patients vue comme une expérience utilisateur ou client	L'expérience des patients structurée sous forme de PREMs	L'expérience des patients formalisée en référentiels de savoir expérientiel	L'expérience des patients mobilisée au cœur de processus de coopération réflexive
Nature des outputs matérialisant l'expérience prise en considération	Information : avis sur la satisfaction et les améliorations	Données (remontées de données intégrables dans des protocoles de recherche scientifique)	Référentiels de savoir (définissant des référentiels d'activités et de formation)	Processus de coopération/ collaboration
Modèle relationnel sous-jacent et posture associée	Relation client/ fournisseur ou usager/services	Recueil de données inspiré d'un modèle Evidence Based Medicine	Construction d'un modèle d'éducation associé à la standardisation d'un référentiel d'énoncés à acquérir	Organisation d'un partage du raisonnement clinique; Écologie du savoir
Exemples d'application	Ergonomie patient centrée approche qualité, approche marketing	Approche Data, vision clinical trial du modèle Evidence Based Medicine		Partenariat en santé; Éducation populaire; Communautés d'apprentissage
Utilisation des bénéfices apports/ usages	Intérêt pour l'avis des patients; Satisfaction client et amélioration des soins; Démarche ergonomique et design	Amélioration des soins; Contrôle qualité	Standardisation des compétences; Qualification des intervenants et des protocoles	Exercice de l'esprit critique, du raisonnement clinique patient et des droits; Émancipation
Limites induites par le modèle	Processus souvent unilatéral limité à un recueil d'informations; Processus à forte injustice épistémique; Simulacre de participation	Processus à forte injustice épistémique; Conception souvent décontextualisée	Expérience normalisée sous une forme de monnaie d'échange qui régule les relations entre patients et système de soins	Processus exigeant en investissement bilatéral; Risque de conflits identitaires lié au changement de posture des patients

considération de l'expérience¹². Ces représentations peuvent aller de la valorisation du patient comme un usager ou un client dont l'avis permet de qualifier la qualité d'un service et de ses pratiques jusqu'à la représentation d'un interlocuteur réflexif à part entière dans la production du raisonnement clinique. Le tableau I propose ainsi quatre cadres de bénéfices attendus qui sont évoqués dans les textes et retours d'expérience.

L'analyse de la littérature laisse entrevoir que chacun de ces niveaux de représentation correspond à des bénéfices pour tous les acteurs du système de santé, mais peut aussi véhiculer des limites inhérentes au modèle relationnel qui leur est sous-jacent.

Le niveau 1 (Expression de l'expérience patient) se caractérise par un intérêt et une considération pour les avis des patients, mais limite leur utilisation à une logique de recueil d'informations proche d'une logique marketing, ou au mieux du premier stade d'un travail de design social ou d'ergonomie patient centrée. L'interaction avec le patient est limitée à un recueil d'appréciations.

¹² Dans une analyse managériale ou socio-économique, on peut parler ici d'outputs ou d'extrants.

Le niveau 2 (Données PREMs) fait référence aux Patient Reported Experience Measures (PREMs), conçues comme des jeux de données, structurées par référence aux Patient Recorded Outcomes Measures, (PROMs) le plus souvent pour évaluer la qualité des soins. Ces PREMs qui se veulent factuelles s'appuient sur une approche de traitement de données. Elles visent à structurer une prise en compte de données subjectives liée à une fonction de collecte de données utiles au système de soins, mais qui reste en règle générale unilatérale, car cette fonction a été conçue par les professionnels.

Le niveau 3 (Référentiels de Savoirs expérientiels) fait quant à lui référence aux travaux, aux actions et aux dispositifs qui cherchent à construire et à partager des référentiels d'activités, de compétences ou de formation (et bientôt de métiers), par exemple pour alimenter des travaux d'ingénierie pédagogique ou de ressources humaines. Cette représentation s'inscrit dans une analyse épistémique qui rend visibles et utilisables les acquis de l'expérience, mais qui peut aussi les figer dans un énoncé standardisé.

Enfin, le niveau 4 (Processus de coopérations réflexives) correspond aux travaux, aux actions et aux dispositifs qui s'intéressent à identifier, à développer ou à mettre en valeur des investigations ou des chantiers particuliers : ceux dans lesquels les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, seules ou avec les professionnels d'accompagnement ou de la santé, œuvrent à partager les acquis liés aux expériences des vécus.

5. Les savoirs expérientiels entre simple monnaie d'échange et objets frontière

Les quatre lignes du tableau I font ainsi référence à des types de bénéfices différents que l'on attend de tirer de l'expérience des personnes : de l'information (niveau 1) à des données structurées (niveau 2) puis à des référentiels de savoir (niveau 3) et enfin à des processus (niveau 4). À ce titre, ce tableau complète plusieurs classifications publiées dans la littérature récente qui visent à qualifier le degré d'engagement ou de participation dans un dispositif ou un environnement de soins et de santé (Beresford, 2020; Gross et Gagnayre, 2017; Las Vergnas, 2017; Las Vergnas, Jouet et Renet, 2017; Pomey et coll., 2015). Un des avantages de la présente classification est de révéler la complémentarité qui existe entre ces différentes représentations de bénéfices, en particulier



entre les deux dernières, soit la focalisation sur des référentiels de savoirs et celle sur des processus de coopérations réflexives.

La focalisation sur des référentiels de savoirs expérientiels (niveau 3) présente deux atouts essentiels. D'une part, elle permet de valoriser les apports des « profanes » en les faisant sortir de leur place de « ceux qui ne savent pas » puisqu'ils deviennent par là même des sources de savoir. D'autre part, ces segments standardisés d'expérience donnent aux savoirs expérientiels le statut d'une monnaie d'échange maniable par toutes les parties prenantes. Néanmoins, même s'ils peuvent être vus par certains acteurs comme réduisant du même coup les injustices épistémiques, de tels référentiels, par définition figés, peuvent à l'inverse être regardés comme une décontextualisation et une parcellisation de l'expérience¹³, de nature à brider ce qui pourrait être des coconstructions d'un tiers espace commun.

La focalisation sur les processus de coopération réflexive (niveau 4) part quant à elle d'une vision à la fois plus symétrique et moins codifiée des relations entre les personnes touchées par des troubles de santé mentale. Au-delà d'être figé par des référentiels, le travail vise à construire ensemble, en situation, des logiques de coaction. Dans cette idée, les acquis de l'expérience ne sont pas seulement des listes d'énoncés suggérant des pièces d'une monnaie de transaction, mais des *objets frontière*¹⁴ nourrissant des processus ouverts à une volonté de chacun d'aller explorer ensemble le territoire réflexif de l'autre. Les acquis de l'expérience sont ainsi pensés comme des occasions dynamiques de rencontres et de coproductions. Les penser comme des « processus » souligne le fait que l'expérience ne relève pas seulement d'une dimension cognitive, en dépassant les connotations de la terminologie de « savoir » qui peut sous-valoriser les autres dimensions présentes, c'est-à-dire les perceptions et les sensations (sur le plan individuel) et le social (sur le plan collectif).

¹³ Cette visée se retrouve dans les critiques de l'extractivisme formulé par Baptiste Godrie (2021).

¹⁴ « Objets, abstraits ou concrets, dont la structure est suffisamment commune à plusieurs mondes sociaux pour qu'elle assure un minimum d'identité au niveau de l'intersection tout en étant suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et [aux] contraintes spécifiques de chacun de ces mondes » (Trompette et Vinck, 2009).

6. Conclusion

Aujourd'hui, l'idée du savoir acquis par l'expérience de la maladie est approuvée et promue tant par les acteurs de la santé mentale que par les politiques publiques. Si dans sa forme la plus institutionnalisée, la logique sous-jacente à cette idée peut renvoyer l'image d'un contrôle du vécu (de maladie/handicap), objectivé et rendu utilisable pour soi et pour les autres, elle doit avant tout être articulée avec les lectures portées par les personnes éprouvées par un problème de santé mentale et leurs collectifs¹⁵.

Reste à espérer que toutes ces transformations permettront d'améliorer les relations entre tous les acteurs dans les nouvelles conditions qui caractériseront le champ de la santé mentale postpandémie. Avec l'évidence pour tous de la nécessité de prendre soin de sa santé mentale et la création ou circulation des savoirs collectifs légitimés et valides qui améliorent la qualité de vie, les autosoins et le vivre avec, le paradigme de l'expert n'est plus seul tenable : s'impose celui d'une mutualisation réflexive d'expertises, reconnaissant sur le terrain ainsi un rôle incontournable aux personnes touchées par les problématiques de santé mentale.

¹⁵ Il faut alors prendre en considération aussi bien ceux pour qui le savoir expérientiel peut être compris comme hybride, c'est-à-dire à la croisée des différentes expériences de vie, que ceux qui le considèrent comme intrinsèque, sachant que parmi ces derniers, certains ne souhaitent aucune hybridation au savoir du système formel, et dès lors aucune assimilation aux normes issues de paradigmes universitaires, cliniques ou professionnels.

ENCADRÉ

Depuis les années 2000, l'emploi de l'expression « savoir expérientiel » au singulier ou au pluriel s'est répandu dans la littérature scientifique et professionnelle, et apparaît de plus en plus en lien avec les questions de santé mentale et de psychiatrie. Si l'on regarde par exemple les documents identifiés dans Google Scholar, on constate que le nombre de documents mentionnant « savoir expérientiel » au singulier ou au pluriel dans leurs textes croît de 187 (pour la période de 2002 à 2006) à 2512 (pour la

période de 2017 à 2021), soit une multiplication par 13, alors que le nombre total de documents de la base Google Scholar ne fait que doubler sur la même période (c'est-à-dire une croissance pondérée de 6,5). De plus, la part de ces documents mentionnant les termes « santé mentale » ou « psychiatrie » passe de 19 % à 45 %. Ces données sont présentées par période de 5 ans dans le tableau II et représentées sous la forme de graphes annuels sur la figure 1.

Tableau II
Nombre de documents mentionnant l'expression « savoirs expérientiels » ou « savoir expérientiel » (par période de 5 ans) repérés par Google Scholar

Nombre de documents repérés par Google Scholar avec :	« savoirs expérientiels » ou « savoir expérientiel » dans le titre	-> dont « santé mentale » ou « psychiatrie » dans le titre	« savoirs expérientiels » ou « savoir expérientiel » dans le texte	-> dont « santé mentale » ou « psychiatrie » dans le texte	Pour mémoire, nombre total de documents dans Google Scholar avec « savoirs » ou « savoir » dans le titre
Années/ Requête	Dans le titre : Requête R1	Dans le titre : Requête R2	Requête R1	Requête R2	Dans le titre : « savoirs » ou « savoir »
2002-2006	2	0 (0 %)	187	36 (19 %)	50 400
2007-2011	10	4 (4 %)	567	155 (27 %)	75 300
2012-2016	6	4 (66 %)	1186	468 (39 %)	104 100
2017-2021	45	28 (62 %)	2512	1129 (45 %)	104 600

Requêtes Google Scholar R1 : « savoirs expérientiels » OU « savoir expérientiel » ; R2 : « savoirs expérientiels » OU « savoir expérientiel » ET « santé mentale » OU « psychiatrie ».

Références

- Barrier, P. (2014). *Le patient autonome*, France, Presses universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.barri.2014.01>.
- Bartolomei, J. et coll. (2012). « Le plan de crise conjoint : familles, patients et soignants ensemble face à la crise », *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 163(2), 58.
- Beresford, P. (2020). « PPI or User Involvement: Taking Stock from a Service User Perspective in the Twenty First Century », *Research Involvement and Engagement*, 6, 36. <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00211-8>.
- Breton, H. (2020). « Narration du vécu et savoirs expérientiels », *Éducation permanente*, 222. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02615629>.
- Cartron, E., S. Lefebvre et L. Jovic. (2021). « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, 144(1), 76-86.
- Coulter, A. (2011). *Engaging Patients in Healthcare* (1re édition), Maidenhead, Open University Press.
- Davidson, L. (2018). *Mental Health Peer Support: Using Lived Experience to Promote Recovery*, Handicap et perte d'autonomie : de l'expérience à l'expertise Mieux mobiliser les savoirs expérientiels, Paris, CNSA.
- Delory-Momberger, C. (2019). *Recherche biographique en éducation*, Érès. <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherche-9782749265018-page-250.htm>.
- Demailly, L. (2020). « Les pratiques des médiateurs de santé pairs en santé mentale », *Rhizome*, 75-76(1), 37-46.
- Epstein, S. (2001). « Histoire du sida. Tome 2, La grande révolte des malades », *Les empêcheurs de penser en rond*. <https://www.decitre.fr/livres/histoire-du-sida-9782846710053.html>.
- Ferrari, P. et coll. (éds). (2018). « Autodétermination et décision partagée dans les phases critiques du rétablissement : pratiques et contenus du plan de crise conjoint en santé mentale », *Réseau Santé Région Lausanne*, 11.
- Flood, C. et coll. (2006). « Joint Crisis Plans for People with Psychosis: Economic Evaluation of a Randomised Controlled Trial », *British Medical Journal*, 333(7571), 729. <https://doi.org/10.1136/bmj.38929.653704.55>.
- Flora, L. et coll. (2015). « L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal », *Santé mentale au Québec*, 40(1), 101-117. <https://doi.org/10.7202/1032385ar>.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>.
- Gardien, E. (2019). « Les savoirs expérientiels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs », *Vie sociale*, 2526(1), 95-112.
- Gardien, E. (2020). « Pairjectivité : des savoirs expérientiels ni objectifs ni subjectifs », *Éducation et socialisation, Les Cahiers du CERFEE*, article 57. <https://doi.org/10.4000/edso.12581>.
- Godrie, B. (2014). « Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale », *Sociologie*, Université de Montréal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12008>.
- Godrie, B. (2020). « Vécu, témoignage, savoirs expérientiels et savoirs hybrides. Une analyse empirique des savoirs expérientiels des pairs-aïdants », dans N. Franck et C. Cellard (éds), *La pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier-Masson, 19-29.
- Godrie, B. (2021). « User Integration and Extractivism of Experiential Knowledge: A Critical Perspective from the Ecological Model of Knowledge in the Field of Mental Health », *Participations*, 30(2), 249-273.
- Gross, O. et R. Gagnayre. (2014). « Le rôle de la passion dans la logique de l'agir des patients-experts », dans E. Jouet, O. Las Vergnas et E. Noel-Hureaux, *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : savoirs expérientiels des malades et formation par la recherche en sciences infirmières*, Éditions des archives contemporaines.

- Gross, O. et R. Gagnayre. (2017). « Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action : implication pour la formation médicale », *Revue française de pédagogie*, 201(4), 71-82.
- Henderson, C. et coll. (2004). *Effect of Joint Crisis Plans on Use of Compulsory Treatment in Psychiatry: Single Blind Randomised Controlled Trial*, *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7458), 136. <https://doi.org/10.1136/bmj.38155.585046.63>.
- Houle, J. et S. Radziszewski. (2010). « Aller mieux à ma façon », *le partenaire*, 24(3), 15-18.
- Jodelet, D. (1987). *Folies et représentations sociales*, France, Presses universitaires de France.
- Jodelet, D. (2017). « Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social », dans *Représentações sociais do envelhecimento da saude*, Editorada UFRN, 270-294. classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/savoir_expierientiel_patients/savoir_expierientiel_patients.html.
- Jouet, E. (2009). « Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale : le projet Émilía », *Recherches en communication*, 2009(32), 35-52.
- Jouet, E. (2013). « Faire de sa maladie un apprentissage : l'exemple du projet Émilía », *Éducation permanente*, 195, 73-84.
- Jouet, E. (2020). « Récits de soi des personnes en rétablissement. Entre information clinique, expérience et coconstruction de savoirs », *Éducation permanente*, 222, 121-131.
- Jouet, E. (2021). « Formations aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale : Étude lexicale des perceptions d'un dispositif participatif de formation », *Pédagogie médicale*, 22(4), 177-188. <https://doi.org/10.1051/pmed/2021021>.
- Jouet, E. et L. Flora. (2010). *Usagers experts : la part de savoir des malades dans le système de santé*, Pratiques de formation, Saint Denis, 58-59.
- Jouet, E., O. Las Vergnas et E. Noel-Hureauux. (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé*, Paris, Éditions des archives contemporaines.
- Jullien, F. (2017). *Une seconde vie*, Grasset. <https://www.grasset.fr/livres/une-seconde-vie-9782246863397>.
- Karazivan, P. et coll. (2015). « The Patient-as-partner Approach in Health Care: A Conceptual Framework for a Necessary Transition », *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(4), 437-441. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000603>.
- Lay, B., W. Kawohl et W. Rössler. (2018). « Outcomes of a Psycho-education and Monitoring Programme to Prevent Compulsory Admission to Psychiatric Inpatient Care: A Randomised Controlled Trial », *Psychological Medicine*, 48(5), 849-860.
- Las Vergnas, O. (2017). « Patients' Participation in Health Research: A Classification of Cooperation Schemes », *Journal of Participatory Medicine*, 9(1), e16. <https://doi.org/10.2196/jopm.8933>.
- Las Vergnas, O., E. Jouet et S. Renet. (2017, mai). « Déploiement de la démocratie sanitaire : point d'étape et typologie de la prise en considération de la réflexivité collective des malades et [des] autres personnes concernées », version longue, texte mis à jour en mars 2018, 85^e congrès de l'ACFAS Symposium 517 – *Réflexivité collective : quels processus et effets?* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01964744>.
- Lecocq, D. et coll. (2017). « Le modèle de partenariat humaniste en santé », *Soins*, 816, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.soins.2017.05.016>.
- Lévy-Leblond, J.-M. (1981). *L'esprit de sel : science, culture, politique*, Paris, Arthème-Fayard.
- Linder, A. (2020a). « Le "récit de rétablissement" en santé mentale : entre injonction à se dire et indicibilité de la souffrance », *Colloque Gouverner les corps et les conduites*, 15 octobre 2020, ENS Lyon.
- Linder, A. (2020b). « Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : une perspective sociologique », dans N. Franck et C. Cellard (éds), *La pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*, Paris, Elsevier-Masson.
- Mann, J. et coll. (1999). *Health and Human Rights: A Reader*, New York, Routledge.
- Merle, R. et coll. (2021). « Rôles des patients dans le système de santé, la formation et la recherche en santé : une perspective française », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 69(5), 307-313.

- Noorani, T., M. Karlsson et T. Borkman. (2019). « Deep Experiential Knowledge : Reflections from Mutual Aid Groups for Evidence-based Practice », *Evidence and Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 15. <https://doi.org/10.1332/174426419X15468575283765>.
- Pomey, M.-P., J.-L. Denis et V. Dumez. (2019). *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations*, 1re édition, Cham, Switzerland, Palgrave Macmillan.
- Pomey, M.-P. et coll. (2015). « Le "Montréal Model" : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé publique*, 27(1), 41-50.
- Roqueplo, P. (1975). « Le partage du savoir. Science, culture et vulgarisation », *Sociologie du travail*, 17(2), 206-208.
- Rose, D. et J. Kalathil. (2019). « Power, Privilege and Knowledge: The Untenable Promise of Coproduction in Mental "Health" », *Frontiers in Sociology*, 4, 57. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00057>.
- Ruchlewska, A. et coll. (2014). « Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial », *PLOS ONE*, 9(3), e91882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091882>.
- Simon, E. et coll. (2020). « Les savoirs expérientiels en santé », *journals.openedition.org/lectures*, Lorraine, PUN – Éditions universitaires de Lorraine. <https://journals.openedition.org/lectures/45036>.
- Thievenaz, J. et coll. (2015). *Penser l'expérience du soin et de la maladie : une approche par l'activité*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
- Thornicroft, G. et coll. (2013). « Clinical Outcomes of Joint Crisis Plans to Reduce Compulsory Treatment for People with Psychosis: A Randomised Controlled Trial », *The Lancet*, 381, 1634-1641.
- Tourette-Turgis, C. (2019). « L'apport des malades à l'amélioration de l'organisation des soins : vers une science participative en nutrition », *Nutrition clinique et métabolisme*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2019.08.001>.
- Trachtenberg, M. et coll. (2013). *Peer Support in Mental Health: Is it Good Value for Money?*, Londres, Centre for Mental Health.
- Troisoeufs, A. (2009). « La personne intermédiaire. Hôpital psychiatrique et groupe d'entraide mutuelle », *Terrain*, 52, 96-111.
- Troisoeufs, A. (2020). « Patients intervenants, médiateurs de santé pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé? », *Rhizome*, 75-76(1), 27-36.
- Troisoeufs, A., C. Fournier et M. Bungener. (2019). « Soigner les relations pour rapprocher. Le rôle de l'éducation thérapeutique autour de la stimulation cérébrale profonde dans le traitement de la maladie de Parkinson », dans S. Desmoulin-Canselier, M. Gaille et B. Moutaud, *La stimulation cérébrale profonde de l'innovation au soin. Les neurosciences cliniques à la lumière des sciences humaines et sociales*, Paris, Hermann, 197-216.
- Troisoeufs, A. et B. Eyraud. (2015). « Psychiatisés en lutte, usagers, Gemeurs... : une cartographie des différentes formes de participation », *Rhizome*, 58(4), 3-4.
- Troisoeufs, A. et I. McCluskey. (2021). « Co-construire la participation entre chercheurs et pairs dans le processus de recherche qualitative », dans A. Bioy, M.-C. Castillo et M. Koenig, *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et [en] psychopathologie*, Paris, Dunod, 64-75.
- Trompette, P. et D. Vinck. (2009). « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 31(1), 5-27.
- Wooley, S. (2020). « « Ce n'est pas du soin si c'est contraint ». Un changement de paradigme en route grâce à un regard éclairé par les droits humains », *L'information psychiatrique*, 96(1), 27-34.
- Worms, F. (2015). *Revivre*, Flammarion. <https://www.cairn.info/revivre-9782081314993.htm>.

Direction générale des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance

Tung Tran, directeur général adjoint des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

C'est avec énormément de fierté que j'ai récemment rejoint le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à titre de directeur général adjoint des services en santé mentale, en dépendance et en itinérance. Ayant œuvré de nombreuses années comme infirmier en santé mentale et en psychiatrie en travaillant auprès d'une population de 0 à 100 ans autant dans la communauté que dans le milieu hospitalier, puis comme gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux, j'ai pu constater l'importance pour les personnes utilisatrices de services, leurs proches, mais également l'équipe soignante que l'expérience de soins et de services soit personnalisée, humaine et exempte de stigmatisation. Il ne fait aucun doute pour moi que les pairs aidants jouent un rôle primordial dans l'amélioration de la qualité des services et de l'accompagnement offert aux personnes et à leurs proches.

L'espoir est un ingrédient essentiel pour l'implantation et le maintien de soins axés sur le rétablissement au sein des établissements et des équipes. Aussi, l'espoir agit comme un moteur pour les personnes et leurs proches, leur permettant de reconnaître leurs forces et de se projeter dans l'avenir, malgré la persistance de symptômes et les difficultés du quotidien. La présence de pairs aidants au cœur des équipes et à différents moments du parcours de rétablissement des personnes aide, entre autres, à alimenter cet espoir.

À ce sujet, le MSSS soutient financièrement le programme Pairs Aidants Réseau depuis sa création en 2006. Avec le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 – S'unir pour un mieux-être collectif lancé le 25 janvier 2022, le MSSS s'engage à soutenir le développement de la formation et de l'intégration des pairs aidants, notamment en assurant une stabilité financière au programme pour les années à venir, mais aussi en formalisant la volonté de soutenir le déploiement de la fonction de pairs aidants famille.

Je profite de cette tribune pour remercier chaleureusement toutes les personnes qui contribuent à l'accompagnement des personnes utilisatrices de services et de leurs proches dans leur parcours de rétablissement et leurs projets de vie.

Bonne continuité et bonne lecture!



S'unir pour un mieux-être collectif

Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026

Action 3.3

Soutenir la formation et l'intégration de pairs aidants

Depuis plus de 15 ans, le MSSS fait la promotion de l'intégration dans les services de santé mentale du RSSS de pairs aidants qui présentent ou ont présenté dans le passé un trouble mental. Par leur vécu et leur parcours de rétablissement, ces pairs aidants redonnent espoir à des personnes qui vivent des situations similaires, leur servent de modèles, les inspirent et leur apportent du soutien. Ils redonnent également espoir aux intervenants des équipes soignantes en incarnant des exemples positifs de rétablissement et facilitent la communication entre l'équipe soignante et la personne utilisatrice de services. De plus, leur expertise favorise la pleine participation des personnes et l'implantation et le maintien de services axés sur le rétablissement. De nombreux pairs aidants travaillent présentement au sein d'établissements du RSSS et d'organismes communautaires du Québec.

Il est prouvé que la présence de pairs aidants contribue à la diminution du taux d'hospitalisation et de l'isolement social, et exerce un effet positif sur la qualité de vie et la confiance en soi des personnes. Aussi, le recours aux pairs aidants favorise la diminution des effets de la stigmatisation et de l'autostigmatisation dans le RSSS¹⁰². À cet effet, le MSSS compte soutenir la bonification de l'offre de services en augmentant le nombre de pairs aidants travaillant dans les services en santé mentale et en diversifiant leurs lieux de travail.

Par cette action, le MSSS souhaite rehausser le financement accordé à l'élaboration et à la mise à jour de programmes de formation pour les pairs aidants, au soutien des milieux d'embauche et à la mise en place de communautés de pratique, notamment en collaboration avec le programme Pairs Aidants Réseau administré par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

Afin de soutenir l'intégration d'un nombre croissant de pairs aidants dans le RSSS, le MSSS soutiendra financièrement :

- Les activités du programme Pairs aidants réseau afin d'assurer la formation et le soutien en emploi des pairs aidants ainsi que le soutien des milieux d'embauche pour une période de cinq ans;
- le déploiement d'une formation et l'offre de soutien aux pairs aidants famille en fonction des besoins du RSSS, des familles et de l'entourage;
- le déploiement de pairs aidants jeunesse, notamment au sein des services d'Aire ouverte;
- la poursuite de travaux relatifs à la valorisation et à l'intégration du savoir expérientiel dans les milieux œuvrent en dépendance.

Favoriser l'embauche et l'intégration de pairs aidants dans les services de santé mentale

Le mandat du programme québécois Pairs Aidants Réseau



Diane Harvey, directrice générale, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Sandrine Rousseau,
coordonnatrice, programme Pairs Aidants Réseau



Résumé

Le pair aidant est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou a vécu avec un trouble mental. Le partage de cette expérience et de son histoire de rétablissement ont pour buts d'insuffler l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'être une source de motivation et d'inspiration, de soutenir et d'informer les personnes vivant des situations semblables à la sienne.

En date du 30 mai 2022, 111 personnes ayant un problème de santé mentale ont un emploi de pair aidant, alors que 15 autres occupent un emploi dans des services de santé mentale, mais non directement

en intervention par les pairs (recherche, formation, etc.); 57 pairs aidants certifiés travaillent dans un domaine non relié à la santé mentale ou se cherchent un emploi correspondant à leur formation¹.

Il ne s'agit donc plus d'une pratique en émergence, mais d'un réel mouvement pour l'intégration d'une nouvelle expertise et d'une contribution unique au sein des services de santé mentale québécois. Créé en 2007, le programme Pairs Aidants Réseau s'implantait avec différents enjeux d'intégration, de formation et de soutien liés à l'instauration de cette pratique. Quels sont ces principaux enjeux et comment ont-ils évolué

avec le temps? Au cours des années, plusieurs de ceux-ci ont parsemé la route du programme, freinant parfois celui-ci, le bonifiant tantôt par la réalisation d'activités assurant son amélioration continue, ou encore l'influençant par des variables non prévues.

L'écoute constante des préoccupations des milieux et des pairs aidants a ainsi assuré le maintien du programme et sa croissance.

Une pratique en émergence qui évolue rapidement

Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) exprimait sa volonté d'effectuer un virage vers des pratiques axées réellement sur le rétablissement. Cette volonté se traduisait entre autres par l'embauche de personnes ayant vécu ou vivant avec un problème grave de santé mentale comme pairs aidants dans des équipes de Suivi intensif dans le milieu (SIM) et de Soutien d'intensité variable (SIV). L'objectif était d'intégrer 30 % de pairs aidants dans des équipes de travail d'ici cinq ans. Il s'agissait alors d'un premier pas pour la promotion du rétablissement et l'intégration des pairs aidants en santé mentale.

Au 30 mai 2022, le programme Pairs Aidants Réseau de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) avait formé un total de 15 cohortes regroupant 276 personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale, dont une première en anglais en 2020. Une 16^e cohorte a

été formée cet automne. Depuis la création de Pairs Aidants Réseau en 2007, ce sont 260 personnes qui ont réussi la formation québécoise en intervention par les pairs accréditée par l'Université Laval sous la supervision du programme et obtenu leur diplôme de pairs aidants certifiés. Le tableau suivant détaille l'occupation des pairs aidants actifs en mai 2022.

Pairs aidants certifiés (n=260)			
Actifs (n=183)			Inactifs (n=77)
E-PA	E-SM	E-A S-E	
111	15	57	En maladie prolongée, décédés, retraités, non joignables, ne sont plus intéressés, retournés travailler dans un autre domaine rattaché à leurs études antérieures
E-PA :	emploi comme pair aidant		
E-SM :	emploi en santé mentale, mais pas comme pair aidant (formateur, employé AQRP, etc.)		
E-A :	emploi autre		
S-E :	sans emploi		



Situation des pairs aidants certifiés (30 mai 2022)

- Depuis sa création en 2007, le programme Pairs Aidants Réseau de l'AQRP a offert 15 ateliers de formation, dont un premier en anglais en 2020.
- Un total de 276 personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale a suivi la formation et 260 ont réussi celle-ci et obtenu leur diplôme de pairs aidants certifiés.
- Au 30 mai 2022, sur les 260 pairs aidants certifiés depuis 2008, 183 sont considérés comme actifs, alors que 77 ne désirent pas occuper un emploi de pair aidant ou sont inactifs pour diverses raisons.
- Sur les 183 personnes actives, 111 ont un emploi de pair aidant alors que 15 autres en ont un dans des services de santé mentale, mais non directement en intervention par les pairs (recherche, formation, etc.).
- Sur les 111 personnes occupant un poste de pair aidant, 45 % (50 sur 111) travaillent dans le réseau public. Parmi celles-ci, 5 travaillent concomitamment dans le domaine communautaire.
- La majorité des pairs aidants travaillant dans le réseau public fait partie d'une équipe SIM ou SIV ou FACT (Flexible Assertive Community Treatment) (35 sur 50, soit 70 %).
- Les 15 autres pairs aidants travaillant dans le réseau public le font au sein d'autres services tels que les cliniques ambulatoires, les équipes PPEP (programme premiers épisodes psychotiques), les RI-RTF (ressources intermédiaires et de type familial), les unités de soins ou à l'urgence.
- 53 % des personnes (59 sur 111) occupent un poste de pair aidant dans un organisme communautaire ou une association sans but lucratif.
- Deux pairs aidants sont des travailleurs autonomes.

Le Québec a donc fait un grand pas dans l'élaboration de la pair-aidance et l'État a su réviser ses cibles d'intégration à la hausse au fur et à mesure que l'implantation des équipes SIM et SIV dans des services de santé mentale se réalisait. Pairs Aidants Réseau poursuit toutefois ses avancées en regard de l'ensemble des milieux, ne se restreignant pas aux cibles ministérielles, convaincu que l'apport des pairs aidants est une plus-value pour une diversité de milieux et d'organisations.

Dans le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2020-2025* du MSSS, *S'unir pour un mieux-être collectif*, la pratique de la pair-aidance est reconnue et constitue une des mesures proposées. Elle s'ancre tout à fait dans les orientations prescrites et s'ouvre même sur des déclinaisons possibles, telles que la pair-aidance famille ou son adaptation dans le milieu de la dépendance.

Les volontés politiques exprimées dans les plans d'action en santé mentale et le déploiement rapide des pairs aidants dans les milieux d'embauche nécessitent l'adhésion de milieux ouverts et novateurs, et de partenaires agissant en soutien. Notons par exemple l'apport du Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CERRIS) qui, en collaboration avec le Centre national d'excellence en santé mentale, mettait en valeur le rôle des pairs aidants et les avantages de leur intégration comme suit, dans la publication Aide-mémoire :

Le service de pairs aidants a un impact significatif sur le taux d'hospitalisation, l'isolement social ainsi que sur la qualité de vie et la confiance en soi de la clientèle. [II] favorise la diminution des effets de la stigmatisation et de l'autostigmatisation. L'intégration de pairs aidants au sein des équipes cliniques permet de recentrer l'intervention sur la personne et son rétablissement, et même de soutenir une santé mentale positive au travail.

On mentionne également dans cette publication toute l'importance de la préparation de l'organisation, de la mise en place de mesures de soutien et de mentorat pour le pair aidant.

Les principaux enjeux liés au développement de la pratique

Structurer un programme de soutien à l'implantation d'une nouvelle pratique demande du temps et la participation de nombreux acteurs. Cela nécessite

de tenir compte des différents enjeux en lien avec les besoins et les préoccupations des pairs aidants et des milieux d'intégration. La formation des pairs aidants et la préparation des milieux d'intégration représentent initialement des enjeux majeurs. Par ailleurs, plus il y a de pairs aidants en emploi, plus les besoins de soutien tant pour ces derniers que pour les milieux d'embauche augmentent. Il s'agit donc d'un contexte de croissance continue.

1. L'adhésion des milieux

En raison de la complexité des enjeux d'intégration de la pratique de la pair-aidance, on ne peut se contenter d'imposer l'obligation d'embaucher des pairs aidants sans les soutenir dans leur tentative d'intégration. En effet, pour assurer le succès d'une telle pratique, il est nécessaire qu'on s'attarde à sa promotion tout en évitant les obstacles potentiels nuisant à son implantation. Cette pratique et ses avantages sur le terrain doivent susciter dès le départ un intérêt dans les milieux et renforcer la volonté de ces derniers à embaucher des pairs aidants.

Il est important de bien saisir les avantages de l'apport de cette expertise nouvelle dans les organisations et de bien comprendre les diverses dimensions à considérer pour intégrer les pairs aidants dans le système de services de santé

mentale. Apprendre des réussites et des erreurs de nos prédécesseurs en la matière a été un important point de départ dans la mise en marche de cette pratique au Québec. Forte de ce constat, l'AQRP a proposé une stratégie provinciale pour l'embauche et l'intégration des personnes utilisatrices de services comme intervenants pairs aidants, puisqu'il ne suffisait pas d'offrir un programme de formation. Il fallait « à la fois sensibiliser et former les milieux d'accueil de ces futurs intervenants, revoir les structures organisationnelles, les politiques de gestion, la culture et les pratiques de l'organisation, de même qu'il fallait prévoir des débats sur les questions éthiques² ».

« Il est important de bien saisir les avantages de l'apport de cette expertise nouvelle dans les organisations et de bien comprendre les diverses dimensions à considérer pour intégrer les pairs aidants dans le système de services de santé mentale ».

Crédit photo : Fauxels.



2. L'importance de susciter l'intérêt et de promouvoir l'intervention par les pairs

Dans son rôle de promotion des meilleures pratiques en matière de réadaptation psychosociale et en lien avec le Plan d'action 2005-2006, l'AQRP a mis à contribution sa revue *le partenaire* en produisant un numéro thématique sur la participation grandissante des usagers dans les services de santé mentale et en organisant son premier colloque sur le rétablissement.

À la demande du MSSS, l'AQRP a ensuite déposé un projet proposant une stratégie qui vise à favoriser l'embauche et l'intégration des personnes utilisatrices de services de santé mentale dans le système québécois de soins et de services de santé mentale. Cette stratégie se traduit concrètement par un programme englobant trois grands volets :

- La promotion de cette pratique en émergence et de la plus-value de l'intégration des pairs aidants dans les services de santé mentale;
- La formation des pairs aidants et de leurs milieux d'embauche et d'intégration;
- Le soutien aux pairs aidants et à leurs milieux d'embauche et d'intégration.

Il s'agit du premier programme dans toute la francophonie combinant à la fois la formation et le soutien des deux parties ciblées – les futurs pairs aidants et les milieux d'embauche –, un réel levier pour l'implantation de cette pratique au Québec.

Susciter l'intérêt et partager des connaissances

Revue *le partenaire*, Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale – Première partie : leadership et prestation des services, [vol. 14, n° 1, été 2006](#)

Ce numéro thématique aura permis d'offrir une première revue de littérature sur l'embauche des pairs aidants sous la plume passionnée de M. Daniel Gélinas, psychoéducateur, alors travailleur social et agent de recherche pour l'Axe de recherche en psychiatrie sociale du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et à l'Université de Montréal.

Les lecteurs étaient ainsi invités à s'informer sur les premières expériences américaines, passant par le Projet Denver du Colorado, le Projet WINS du Michigan et le Projet SHARE de la Pennsylvanie, suivis des expérimentations de la Géorgie et de la Caroline du Sud, pour nous amener finalement au Royaume-Uni, où plusieurs organisations de services obtenaient d'excellents résultats dans ce domaine. L'itinéraire emprunté proposait ensuite un survol des expériences canadiennes avec des escales en Ontario et en Colombie-Britannique, deux provinces qui ont alors

une nette avance sur le Québec. Cet article offrait donc une large vision quant à l'émergence de cette nouvelle pratique d'intégration des pairs aidants en présentant les résultats de ces diverses initiatives.

Colloque de l'AQRP, Le rétablissement : une traversée fabuleuse, Saguenay, 2006 / Conférence d'ouverture de Roy Muise

Ce colloque s'est inscrit en soutien de cette pratique de la pair-aidance puisqu'elle est indissociable des services axés sur le rétablissement. Il a été l'occasion de diffuser largement la revue et d'inviter tous les participants à rencontrer des experts en la matière, dont Roy Muise, présent comme conférencier. Directeur du Réseau national pour la santé mentale, il est la première personne utilisatrice au pays à avoir obtenu une accréditation à titre de spécialiste pair aidant. En 2006, il travaillait comme intervenant au Self-Help Connection à Dartmouth en Nouvelle-Écosse. Le colloque a été un succès, les sujets suscitant un réel engouement chez nos divers partenaires.

3. La collaboration : des pairs aidants œuvrant en interaction constante avec divers acteurs dans un même réseau

Considérant que le succès du développement d'une telle pratique repose à la fois sur l'engagement actif des usagers leaders, le soutien des praticiens en réadaptation psychosociale et une volonté politique ferme, le MSSS, l'AQRP et l'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec (APUR) s'unissent pour démarrer un projet provincial. Réunissant ainsi les trois forces vives du projet, Pairs Aidants Réseau voit le jour. Le choix du nom du programme, associant « pairs aidants » et « réseau », reflète ainsi cette collaboration interprofessionnelle dans laquelle doit s'inscrire son expertise.

La première phase d'implantation du programme s'amorce par la mise en place d'un comité de suivi et d'orientation des travaux en lien avec la stratégie proposée. Elle vise à acquérir pour ensuite la diffuser l'expertise disponible en matière d'embauche et d'intégration des personnes utilisatrices de services comme pourvoyeurs de services. Une consultation auprès des personnes et des milieux est d'abord effectuée en 2006 pour déterminer les principaux éléments de contenu de la formation destinée aux futurs pairs aidants et de celle à l'intention des milieux d'embauche, incluant les gestionnaires et les praticiens. En 2007, une journée de mobilisation est organisée pour réunir les milieux d'embauche potentiels requis pour réaliser un premier projet pilote, concrétiser leur engagement et surtout, amorcer une démarche d'intégration accompagnée d'une recherche-action. Un premier cadre de référence et une formation de sensibilisation sont ensuite élaborés pour les divers milieux. S'ensuit au printemps 2008 la première formation québécoise en intervention par les pairs offerte à une première cohorte de personnes utilisatrices désirant travailler comme pairs aidants dans les services de santé mentale.

Reposant sur l'engagement des divers partenaires, des milieux novateurs et des personnes ayant un savoir tiré de l'expérience, cette phase d'implantation permet également la mise au point de nombreuses activités de promotion, de formation et de soutien

tenant compte des besoins, des réalités et des préoccupations des diverses parties prenantes, des futurs pairs aidants et des milieux d'embauche. Il faut noter la participation, d'une part, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, qui a remis une subvention à l'APUR pour élaborer la première formation destinée aux personnes utilisatrices, et, d'autre part, du MSSS, qui a financé la démarche d'implantation et est demeuré le principal bailleur de fonds de l'ensemble des travaux depuis l'introduction du programme. L'AQRP poursuit toujours son rôle de promotion et de gestion



du projet.

4. La formation des pairs aidants et la préparation des milieux d'embauche

a) La formation des pairs aidants

La philosophie de la formation en intervention par les pairs créée pour les pairs aidants est basée sur la reconnaissance et l'utilisation judicieuse du savoir apporté par l'expérience.

Toutes les personnes formées par Pairs Aidants Réseau ont ce savoir qui constitue un enjeu continu, car il représente l'essence même du programme tant dans sa mise en œuvre que dans sa formation en intervention par les pairs.

La formation initiale a été instaurée entièrement par et pour des personnes utilisatrices. Ceci s'inscrit dans la philosophie du programme et se maintient toujours. Conséquemment, toutes les activités

« Toutes les activités actuelles de formation en intervention pour les pairs sont aujourd'hui offertes par des pairs aidants expérimentés. Des partenaires invités participent à certains modules touchant à leur expertise ».

actuelles de formation en intervention pour les pairs sont aujourd'hui offertes par des pairs aidants expérimentés. Des partenaires invités participent à certains modules touchant à leur expertise. À ce jour, 15 cohortes de pairs aidants ont ainsi été formées et



une 16e a été formée cet automne (octobre 2022).

L'apprentissage de l'emploi approprié du savoir donné par l'expérience est donc au cœur de la formation en intervention par les pairs, celle-ci représentant sa pierre angulaire. Si ce savoir est indissociable du rôle de pair aidant, son usage pertinent doit être le sens de la formation. Diverses autres notions s'ajoutent afin de mieux outiller la personne dans son rôle et dans ses fonctions.

Dans cette même philosophie, la formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs de Pairs Aidants Réseau, créée en 2008, s'inspire principalement de trois programmes offerts par et pour des personnes utilisatrices de services : celui de la Géorgie (États-Unis), le Certified Peer Specialist³, et ceux de l'Ontario⁴ et de la Colombie-Britannique⁵. La formation de la Géorgie est reconnue officiellement par cet État et par une quinzaine d'autres États américains. Le contenu a toutefois été traduit et adapté à notre réalité québécoise avec l'autorisation des auteurs.

Divers outils, dont ceux créés par Mary Ellen Copeland, une personne utilisatrice du Vermont, ont également été adaptés, mis à contribution ou traduits dans une version québécoise : le *Plan d'action pour le rétablissement de la santé*. D'autres ont été tirés de la formation pour pairs aidants du Okanagan Health Service Area de l'Association canadienne pour la santé mentale de la Colombie-Britannique. Des outils en provenance du Québec se sont aussi ajoutés.

La formation en intervention par les pairs est aujourd'hui d'une durée totale de 105 heures. Les étudiants participent à 15 jours de formation répartis sur 3 semaines suivis d'un stage de 70 heures et d'un séminaire d'intégration de 7 heures. Les pairs aidants en stage sont supervisés aux fins de certification par d'autres en emploi ou par un pair aidant du programme, si aucun ne travaille dans ce milieu. Le programme de formation est reconnu et certifié par l'Université Laval depuis 2011, en collaboration avec la Direction générale de la formation continue de l'Université Laval, appuyé par l'École de service social. Il permet l'octroi de microcrédits de formation

continue. Pour recevoir l'attestation, les étudiants doivent assister à tous les cours et réussir les examens finaux (écrit et oral).

Une nouvelle mouture de la formation a été produite en 2018-2019, juste avant la crise sanitaire.

Le contexte lié à la pandémie oblige alors le programme à diffuser sa formation en mode virtuel. Conséquemment, deux activités de formation sont adaptées en ce qui a trait à la durée (ajustement des périodes de formation) et au soutien pédagogique. Elles sont mises en ligne en 2021 avec succès. Malgré les contraintes informatiques et la distance virtuelle, les liens et le sentiment d'appartenance entre les pairs aidants en formation se tissent tout de même rapidement. Aujourd'hui, le programme offre en alternance sa formation en présence et en version virtuelle.

En 2020, le programme offre sa première formation en intervention par les pairs en langue anglaise avec le soutien du Centre Wellington de l'Institut Douglas à Montréal. Dix pairs aidants anglophones ont reçu leur certification et huit d'entre eux occupent présentement un emploi au sein du réseau de la santé mentale.

b) La formation de sensibilisation pour les milieux d'embauche

Dès l'implantation du programme, une formation de sensibilisation est élaborée à l'intention des milieux d'embauche afin de les informer sur le rôle et les fonctions d'un pair aidant de même que sur les enjeux facilitant l'intégration de ce dernier et les obstacles potentiels pouvant freiner celle-ci. Cette formation est offerte gratuitement afin de maximiser le succès de l'intégration du pair aidant.

En effet, différents problèmes organisationnels peuvent être rencontrés lors de l'embauche d'un pair aidant. Il peut s'agir d'enjeux en lien avec son recrutement, le financement de son poste,

sa formation, le choix de l'embaucher directement ou indirectement, l'élaboration des stratégies d'inclusion dans les équipes dans un contexte de roulement de personnel. On peut parler aussi de coordination, de soutien, d'évaluation et de formation continue.

La formation de sensibilisation vise également à instaurer un climat d'ouverture en vue de l'intégration du pair aidant. Pour ce faire, il nous semble essentiel de discuter des appréhensions possibles des futurs collègues de travail, les non-dits étant un facteur d'échec potentiel. Ces appréhensions peuvent être de tout ordre : il peut s'agir de craintes quant à une surcharge éventuelle de travail pour l'équipe, de la protection des emplois, d'un sentiment d'imputabilité moindre du pair aidant, de problèmes liés à la confidentialité ou à l'éthique de celui-ci, de la recrudescence des symptômes chez lui, de la confusion des rôles ou encore de la peur de ne plus pouvoir faire de l'humour, de ne plus pouvoir rire en groupe...

Au cours des années, les enjeux dont on nous a le plus souvent informés ont porté sur le roulement de personnel provoquant des changements sur le plan de la gestion et à l'intérieur des équipes, la confusion de rôles lors de l'intégration du pair aidant dans les équipes, l'évaluation de ses aptitudes et de ses compétences, le maintien de la particularité de son rôle, l'établissement de ses fonctions ou de ses tâches, l'utilisation des outils dans divers contextes, la gestion et la prévention de symptômes en cours de pratique.

5. Un enjeu d'amélioration continue

Le programme et son déploiement étant en continuelle évolution, il est important de prendre des périodes de recul, d'établir un portrait de la situation, des études de satisfaction et de nouveaux plans d'action en conséquence. Le soutien à l'émergence de cette nouvelle pratique de formation et d'embauche de pairs aidants se parsème donc de démarches continues d'amélioration. Nous vous présenterons ici les divers travaux ayant soutenu l'avancée du programme, soit la recherche-action de 2008 à 2011, l'étude d'appréciation de 2017 et les travaux qui en ont découlé, ainsi que les points saillants de la dernière consultation menée auprès des pairs aidants en 2021, donc en plein cœur de la pandémie.

a) La recherche-action de 2008 à 2011

Une première étude est finalisée en 2011 à partir des huit premières ressources ayant embauché un pair



aidant et œuvrant dans le champ du suivi dans la communauté (SIM, SIV et suivi communautaire). Publiés sous la direction de Hélène Provencher, Ph. D., professeure titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, les résultats de l'étude *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs* sont disponibles. Cette recherche est rendue possible grâce à la collaboration de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et propose des recommandations qui viennent s'ajouter à celles incluses dans le guide de référence du programme Pairs Aidants Réseau⁶. Elles ciblent la phase de préparation et d'implantation sur le plan organisationnel de même que d'autres aspects d'ordre plus général du processus d'intégration⁷. Les faits saillants qui ressortent de l'étude sont les suivants :

- L'intégration du pair aidant a des retombées positives sur les usagers, les pairs aidants, le degré de satisfaction pour les services et les pratiques des intervenants.
- L'intégration du pair aidant est structurée à partir d'une vision basée sur l'innovation et la normalisation.
- La phase de préparation est un gage de succès à l'intégration, notamment quant à l'apport du pair aidant un an après son embauche.
- En ce qui a trait aux pratiques orientées vers le rétablissement dans l'équipe, l'intégration du pair aidant est freinée par celles en émergence, alors qu'elle est favorisée par celles établies.
- Le savoir tiré de l'expérience, la proximité expérientielle et relationnelle ainsi qu'une attitude plus centrée sur l'utilisateur et une plus grande compréhension empathique différencient le soutien orienté vers le rétablissement offert par le pair aidant de celui offert par les intervenants.
- Le rôle et les tâches du pair aidant se précisent au cours de la première année d'intégration, en lien avec la notion de processus.
- Les stratégies de définition à l'égard du rôle et des tâches du pair aidant tendent à varier avec le temps et reposent sur des choix organisationnels.
- La collaboration interprofessionnelle entre les intervenants et le pair aidant représente un important enjeu lié au succès de l'intégration du pair aidant⁸.



Crédit photo : Ruvim.

En plus de confirmer la plus-value de l'intégration d'un pair aidant dans les services, l'étude renforce entre autres l'importance d'accompagner les milieux dans leur démarche d'intégration. Par ailleurs, la présence de pratiques orientées vers le rétablissement et l'ouverture des milieux à cet égard représentent un enjeu incontournable dans l'intégration du pair aidant, d'où la nécessité

d'offrir des activités en ce sens.

b) L'étude d'appréciation de 2017

Toujours dans une perspective d'amélioration continue, une vaste consultation est ensuite menée en 2017. Un total de 88 questionnaires ont été remplis, pour un taux de réponse de 72 %. De plus, 14 entrevues semi-dirigées ont été menées par téléphone après des milieux d'embauche ayant à l'emploi ou ayant eu à l'emploi un pair aidant issu des cohortes de 2013, de 2014 ou de 2015. L'objectif principal de l'étude est de découvrir les points forts et les points du programme à affiner, et de fournir des recommandations qui serviront à le bonifier. Cette étude visait à étayer la perception qu'ont les participants du programme et n'en constituait pas une évaluation proprement dite (*Bilan de situation du programme Pairs Aidants Réseau : étude auprès des personnes formées, des pairs aidants et des*

« Il s'agit donc de brosser un portrait des personnes formées par le programme depuis le début, afin de mieux comprendre la réalité de leur travail et leur satisfaction face à la formation.

Il s'agit également de mesurer l'appréciation des milieux d'embauche devant le travail du pair aidant et son intégration dans l'équipe ».

Crédit photo : Joshua Abner.



*milieux d'embauche*⁸⁾.

Il s'agit donc de brosser un portrait des personnes formées par le programme depuis le début, afin de mieux comprendre la réalité de leur travail et leur satisfaction face à la formation. Il s'agit également de mesurer l'appréciation des milieux d'embauche devant le travail du pair aidant et son intégration dans l'équipe.

Au moment de l'étude, 64 % des personnes ayant suivi la formation du programme travaillaient dans le domaine de la santé mentale, comme pairs aidants, intervenants ou dans un autre poste. Ce pourcentage de placement est maintenant de 69 %. Par ailleurs, on observe une augmentation de la proportion de personnes en emploi à la suite de la formation, passant de 67 % à 77 %, comparativement à leur situation trois mois avant la formation.

Outre le portrait sociodémographique des personnes ayant suivi la formation, leur occupation au moment de l'étude, leurs motivations à suivre la formation, les effets de celle-ci sur leur parcours professionnel et personnel, on retrouve plusieurs autres éléments intéressants traitant du pair aidant et de son milieu de travail, tels le titre d'emploi, le type de milieu de travail, les modalités d'embauche, les tâches et rôles ainsi que les conditions de travail. L'utilisation du dévoilement et du savoir donné par l'expérience, l'intégration à l'équipe, les relations de travail et les outils enseignés sont également abordés.

L'étude s'attarde aussi sur la formation en intervention par les pairs du programme et son adéquation avec le travail de pair aidant ainsi que sur les changements suggérés à y apporter. Un regard est porté sur les diverses mesures de soutien du programme (sélection des candidats, embauche et évaluation des pairs aidants, soutien à l'embauche, mise en réseau, formation continue) pour finalement permettre une appréciation générale de la perception de l'influence des pairs aidants sur le rétablissement des personnes accompagnées, l'organisation des

services, les pratiques et l'équipe.

Au chapitre des points forts, soulignons ici à grands traits que la pertinence du programme, sa raison d'être, est mise en évidence dans cette étude. De part et d'autre, soit du côté des pairs aidants comme du côté de milieux d'embauche, on reconnaît l'importance d'intégrer des pairs aidants dans le réseau de la santé. De plus, la perception de l'effet bénéfique de la présence de pairs aidants, tant sur les personnes accompagnées que sur les équipes de travail, est largement partagée. D'ailleurs, tous les participants des milieux d'embauche engageraient à nouveau un pair aidant si l'occasion se présentait.

Un autre élément fort du programme qui se dégage de cette étude relève de la formation, soit la préparation des pairs aidants à utiliser leur savoir expérientiel et le dévoilement auprès des personnes qu'ils accompagnent. Non seulement les pairs aidants le font couramment dans le cadre de leur travail, se sentent à l'aise de le faire, mais la plupart des milieux d'embauche apprécient la façon de faire du pair aidant à cet égard. On comprend de plus que la formation y est pour beaucoup dans le développement de cette compétence.

L'effet bénéfique de la présence des pairs aidants et le fait que la formation contribue significativement au développement des compétences des pairs aidants en regard de l'utilisation du savoir expérientiel sont des éléments structurants du programme. En ce sens, il nous appert que le programme Pairs Aidants Réseau est solidement ancré dans ses fondements de base⁷.



c) Le comité de révision de la formation

Par ailleurs, les recommandations et les pistes de réflexion issues de l'étude permettent une autre avancée dans la modification du programme. Il s'agit de mettre encore plus à profit l'expertise de pairs aidants expérimentés, de perfectionner la formation et de renforcer les mesures de soutien offertes dans le cadre de ses activités. Un comité de révision de la formation est mis sur pied, composé de pairs aidants, de gestionnaires les embauchant, de conseillers travaillant à l'homologation des équipes SIM et SIV du réseau public et d'un chercheur.

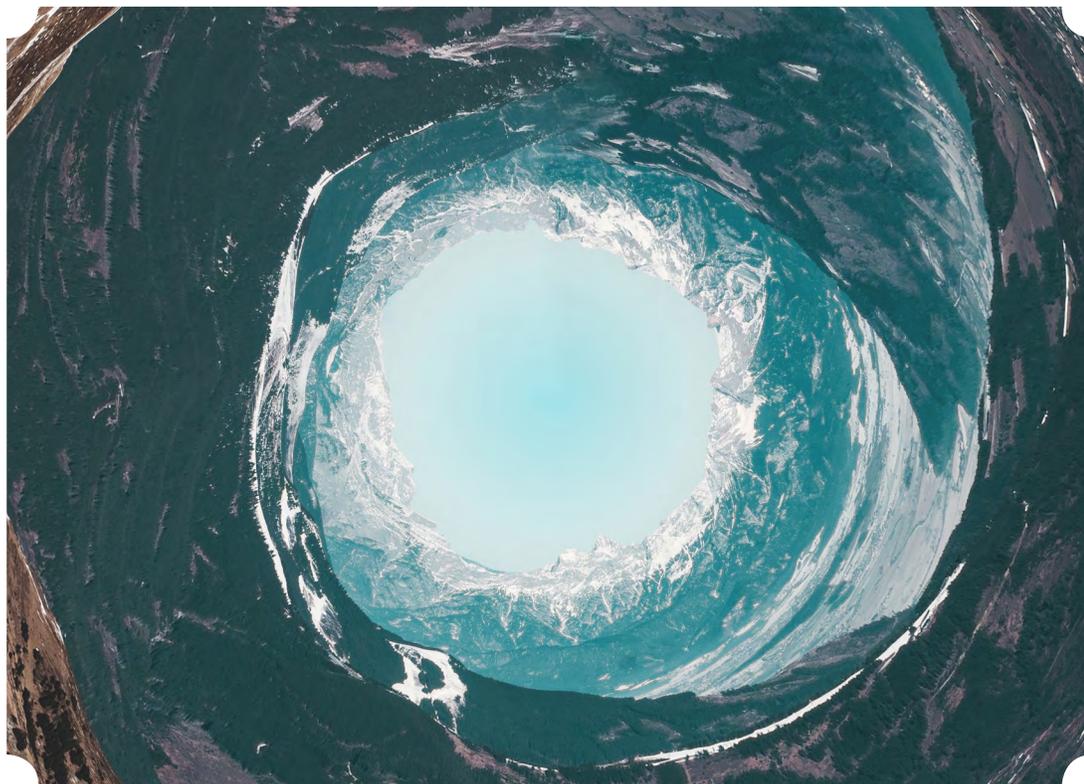
Plusieurs améliorations suggérées par les pairs aidants ou par les gestionnaires lors de la consultation sont apportées.

On note la révision du processus de sélection des candidats, le besoin d'une préparation plus adéquate au travail en SIM ou dans le réseau public en général, l'acquisition de compétences en animation de groupe et en situation de crise, une plus grande utilisation du savoir découlant de l'expérience en

rencontre d'équipe, l'augmentation du soutien et de la mise en réseau tant auprès des pairs aidants que des milieux d'embauche. La formation passe ainsi de 70 à 105 heures. On y retrouve davantage de mises en situation, de jeux de rôle et de simulations pratiques. On y explore différentes façons d'introduire de la pair-aidance dans différents milieux (enjeux, tâches, fonctionnement).

D'autres changements importants sont aussi à souligner : le perfectionnement des techniques en relation d'aide, l'ajout d'une journée sur la spiritualité, sans oublier le partage d'outils conçus par des pairs aidants, tels que le filet de sécurité créé par Colombe St-Louis et la roue de l'équilibre, par Annie Bossé. Différentes stratégies ont également été mises en place sur le plan pédagogique pour encourager l'intégration de nouvelles notions et l'usage du cahier de formation lorsque les pairs aidants seront en emploi. Ce sont aussi le processus, de l'inscription à l'évaluation, et les divers guides de stage, de soutien, de référence, etc., qui sont révisés et bonifiés. De plus, le comité de révision maintient toujours son objectif d'intégrer la littérature la plus récente en appui au contenu

Crédit photo : Daniel Franck.



« L'analyse des commentaires recueillis nous a permis de connaître plus en profondeur la façon dont les pairs aidants vivent leur intégration et leur engagement dans leur équipe, et de peaufiner les services pour mieux les soutenir selon les besoins qu'ils expriment ».

de la formation.

d) La consultation de 2021 – La parole aux pairs aidants!

Finalement, toujours dans une perspective d'amélioration continue, une dernière consultation auprès des pairs aidants a eu lieu en 2021 au cours de la pandémie. Cette consultation a été réalisée afin d'obtenir de nouveau leur opinion sur la réalité de leur travail et de revoir leurs attentes à l'égard du programme. L'analyse des commentaires recueillis nous a permis de connaître plus en profondeur la façon dont les pairs aidants vivent leur intégration et leur engagement dans leur équipe, et de peaufiner les services pour mieux les soutenir selon les besoins qu'ils expriment. Un survol des principaux points soulevés par les pairs aidants vous est donc proposé dans les paragraphes qui suivent.

Lors de la révision des données sociodémographiques des pairs aidants et de leur statut d'emploi auprès d'un échantillonnage de 88 pairs aidants actifs, plus de 90 % ont signifié leur désir de rester affiliés au programme et 75 % nous ont mentionné avoir eu une intégration facile dans leur équipe. Comme facteurs favorisant une intégration fluide, on observe parmi les commentaires

- l'importance que les gestionnaires croient réellement au potentiel ou à la capacité du pair aidant (en lui octroyant du temps de discussion et de la latitude, en lui faisant confiance);
- le fait de se sentir vraiment un membre de l'équipe, comme lorsque les collègues posent des questions ou s'offrent pour aider;
- l'attitude positive du pair aidant comme gage de réussite.

Parmi les pairs aidants, 34 % disent avoir subi de la stigmatisation au travail. Le peu d'attentes à leur égard et le manque de respect et d'estime à leur endroit s'avèrent des barrières révélatrices pour leur intégration dans le milieu de travail. Malgré cette situation vécue par environ le tiers des pairs aidants, 92 % sentent tout de même qu'ils sont valorisés, reconnus et acceptés au travail.

Après six mois d'embauche, les trois quarts des pairs aidants (76 %) affirment avoir une relation plus que satisfaisante avec leurs collègues de travail. Cependant, 19 % d'entre eux mentionnent qu'à un moment ou à un autre, ils ont rencontré des difficultés avec certains collègues ou avec leur gestionnaire. Parmi les exemples rapportés, on constate celui d'un collègue trop contrôlant qui ne respecte pas le rythme du pair aidant ou encore avec lequel il a des divergences d'opinions.

Près de la moitié des pairs aidants dit avoir été affectée à des degrés divers par le roulement de personnel. Parmi ceux s'étant exprimés sur le sujet et œuvrant dans le réseau communautaire, on remarque une insécurité par rapport à la reconduction de leur poste. Quant à ceux travaillant dans le réseau public, certains notent que le roulement de personnel leur apporte une surcharge de travail, d'autant plus que le pair aidant doit toujours recommencer à expliquer son rôle auprès de ses nouveaux collègues, chefs d'équipe et gestionnaires. Par ailleurs, 7 pairs aidants (8 %) déclarent que le roulement de personnel ébranle davantage les clients qu'eux-mêmes, en disant par

« Certains notent que le roulement de personnel leur apporte une surcharge de travail, d'autant plus que le pair aidant doit toujours recommencer à expliquer son rôle auprès de ses nouveaux collègues, chefs d'équipe et gestionnaires ».

exemple que « les clients sont habitués avec certains intervenants et lorsque ceux-ci quittent l'endroit, c'est souvent un déclencheur pour eux d'aller moins bien ».

La grande majorité des pairs aidants (89 %) estiment que le lien de confiance se fait bien avec les personnes aidées grâce au fait qu'ils sont un modèle pour ces dernières. C'est l'usage adéquat de leur histoire de rétablissement qui conduit à un rapprochement avec leurs pairs.

Des pairs aidants nous ont également raconté diverses situations : « Je rencontre des personnes à toutes les étapes du processus de rétablissement. Parfois, j'ai plus de difficulté à aller chercher certaines personnes qui refusent le suivi, surtout lorsqu'elles sont hospitalisées ». Ou encore, pour ce qui est de la première étape dite d'acceptation du problème ou de la situation : « Il y a une clientèle pas facile à cette étape, plusieurs prennent de la drogue et se situent dans le choc et le déni ». Par ailleurs, un pair aidant considère que « ces situations se répercutent souvent par une ordonnance de traitement du Tribunal administratif du Québec, qui oblige les personnes à avoir un suivi en santé mentale et le pair aidant n'est pas toujours le bienvenu dans ces circonstances ».

Un autre indique qu'un psychiatre souligne « que grâce à lui, après son passage, les personnes acceptent mieux leur maladie ». Le témoignage d'un autre appuie cette réalité en disant : « J'aide mes pairs à reconnaître et à accepter le fait d'être en psychose, afin de démarrer le vrai processus de rétablissement, ceci en sortant de la première étape, celle du déni de la maladie ».

Parmi les 40 % des pairs aidants qui font la livraison des médicaments (35 pairs aidants), 74 % estiment que c'est une tâche qui peut leur être attribuée et que cela ne vient pas diminuer leur lien de confiance avec leurs pairs. Un pair aidant rapporte « que cela permet de voir les personnes plus souvent et de faire de l'enseignement par le fait même, de parler de rétablissement avec la personne... »

Dans le cadre de cette consultation, quelques questions ont aussi servi à sonder l'intérêt des pairs aidants à recevoir un stagiaire, à être jumelés à un nouveau pair aidant, à donner de la formation ou à échanger des outils. Ils ont aussi suggéré des thèmes pour bonifier la formation de base, mais surtout la formation continue. Une formation pour intervenir auprès de la clientèle dont le rétablissement est

« Parmi les 40 % des pairs aidants qui font la livraison des médicaments (35 pairs aidants), 74 % estiment que c'est une tâche qui peut leur être attribuée et que cela ne vient pas diminuer leur lien de confiance avec leurs pairs. Un pair aidant rapporte « que cela permet de voir les personnes plus souvent et de faire de l'enseignement par le fait même, de parler de rétablissement avec la personne... »



« Plusieurs souhaiteraient que le titre de pair aidant soit officiellement reconnu. Ce qui, selon eux, leur permettrait d'être syndiqués comme les autres intervenants du réseau, de ne plus être discriminés en n'ayant pas accès aux avantages sociaux lorsqu'ils sont en prêt de services et d'avoir un poste reconnu, stable et permanent dans le réseau public ».

difficile, une autre sur le maintien de la motivation, une autre encore pour dépasser les obstacles lorsqu'on fait du surplace sont les thèmes les plus souvent ressortis.

Nous observons aussi que 68 % (60/88) des pairs aidants se disent très satisfaits des services de Pairs Aidants Réseau. Cependant, certains se déclarent moyennement satisfaits et demandent à être épaulés davantage dans leur travail et d'avoir plus de possibilités de développer un réseau de liens plus vaste avec les autres pairs aidants des différentes cohortes. Les pairs aidants ressentent donc un besoin profond de se mettre en réseau et d'avoir de nouveaux outils, et ils comptent sur le programme pour les soutenir en ce sens.

Finalement, la majorité des commentaires généraux concerne le désir des pairs aidants d'avoir plus d'occasions pour se réunir, et celui d'une association de pairs aidants pour les aider afin qu'ils puissent être davantage reconnus. Malgré l'accès maintenant à un emploi de pair aidant dans le réseau public par l'entremise du poste d'éducateur classe 2, plusieurs souhaiteraient que le titre de pair aidant soit officiellement reconnu. Ce qui, selon eux, leur permettrait d'être syndiqués comme les autres intervenants du réseau, de ne plus être discriminés en n'ayant pas accès aux avantages sociaux lorsqu'ils

sont en prêt de services et d'avoir un poste reconnu, stable et permanent dans le réseau public. Enfin, leurs suggestions d'amélioration des services, tant pour ceux qui sont existants que pour ceux à venir, sont multiples. Il reste donc encore beaucoup de choses à entendre et de chemin à faire.

6. Le soutien aux pairs aidants et aux milieux d'embauche

Tel que cela est mentionné dans l'étude de 2007, réitéré dans celle de 2017, il est important d'améliorer le soutien aux pairs aidants et aux milieux d'embauche, considérant d'autant plus que leur nombre est en croissance continue.

Afin de répondre à ce mandat grandissant de soutien, un agent s'occupe essentiellement des pairs aidants tandis qu'une autre personne-ressource est mise à la disposition des milieux d'embauche. Le soutien du pair aidant par le programme est systématique les trois premiers mois de son embauche ou de son intégration. Un soutien continu est ajouté à cette offre selon la demande ou le besoin du pair aidant ou du milieu. Un guide de soutien en douze séances est disponible pour les milieux en processus d'embauche pour assurer un suivi systématique dès l'embauche, précisant les divers points devant être abordés avec le pair aidant nouvellement en emploi. Un des enjeux est que le pair aidant puisse partager avec les autres

« Un guide de soutien en douze séances est disponible pour les milieux en processus d'embauche pour assurer un suivi systématique dès l'embauche, précisant les divers points devant être abordés avec le pair aidant nouvellement en emploi ».

et de protéger à la fois le caractère particulier de sa fonction tout en prenant de l'assurance dans son rôle. La révision du service de soutien systématique et continu au besoin permet également d'assurer une certaine uniformité du soutien apporté et cette nouvelle formule semble appréciée des pairs aidants.

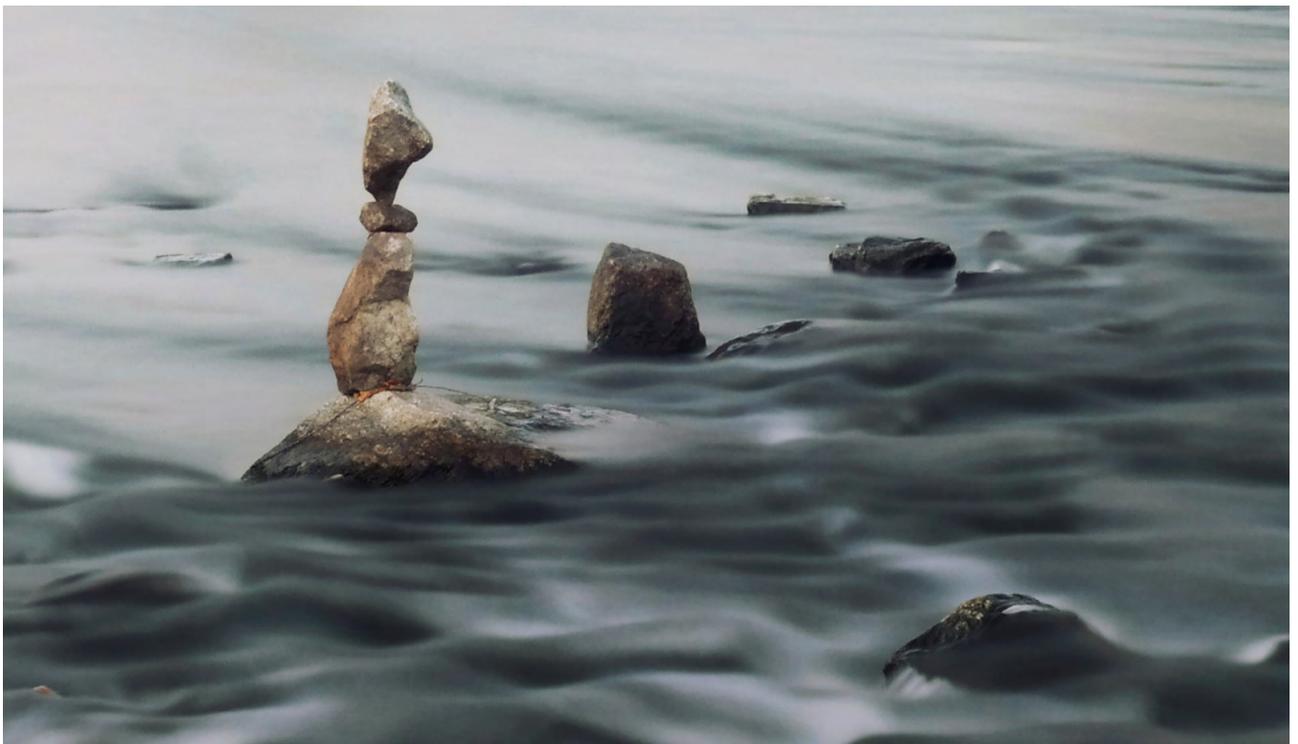
Pour augmenter l'intensité des activités de soutien, des services sont institués ou bonifiés. Le virage virtuel permet d'autres avenues qui auparavant auraient été trop onéreuses, en plus de rejoindre plus de personnes en même temps! Ainsi, le programme lance différents rendez-vous sur le Web : webinaires, journées de réseautage et groupe de soutien. Les changements technologiques facilitent finalement la reprise des journées de réseautage, incluant l'offre des activités de formation continue pour les pairs aidants. Notons l'activité mise en place tout récemment, *Français et capacité de synthèse*, qui vise à faciliter la rédaction des notes au dossier en maximisant l'utilisation de mises en situation liées au travail du pair aidant.

Dans cette volonté de parfaire les mesures de soutien, un partenariat se fait aussi avec le Centre

de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) pour promouvoir le partage et la mise en réseau des gestionnaires embauchant des pairs aidants, par le biais d'un dossier Web déployé par le centre de recherche.

La consultation de ce dossier Web permet non seulement une amélioration significative au plan statistique des connaissances des gestionnaires et coordonnateurs d'équipes en santé mentale participant à l'embauche et de l'intégration d'un pair aidant dans une équipe, mais contribue également à améliorer leurs capacités, leur degré d'aisance et leur intention d'embaucher et de mettre en œuvre les conditions susceptibles de faciliter l'intégration d'un pair aidant dans une équipe. (Extrait de la recherche effectuée par le CREMIS)⁹.

Plusieurs pairs aidants ont également souligné leur désir de se regrouper en une communauté de pratique de type *par et pour*. La mise en réseau et la solidarité mutuelle sont des leviers importants



« Les communautés de pratique mixtes ou dites non homogènes sont également une voie pour maximiser et uniformiser le soutien offert par le milieu d'embauche (l'organisation), mais aussi celui des divers partenaires qui côtoient les pairs aidants agissant sur le même territoire ».



Crédit photo : Tim Moss Holder.

pour la reconnaissance de leur expertise et la défense de leurs intérêts. Cette voie nous semble donc très pertinente et contribuera sûrement à la pérennité de cette pratique.

Par ailleurs, les communautés de pratique mixtes ou dites non homogènes sont également une voie pour maximiser et uniformiser le soutien offert par le milieu d'embauche (l'organisation), mais aussi celui des divers partenaires qui côtoient les pairs aidants agissant sur le même territoire. C'est dans cette perspective que les communautés de pratique mixtes ou hétérogènes sur un territoire donné peuvent s'inscrire en complément de la communauté composée uniquement de pairs aidants. Ces deux types d'initiatives nous semblent porteuses et très complémentaires. Il s'agit donc d'avenues futures. Alors que les pairs aidants se mobilisent pour créer leur propre communauté de pratique indépendante des divers programmes de formation, le programme Pairs Aidants Réseau est en attente d'une réponse du MSSS par rapport à sa proposition de soutenir un réseau de communautés de pratique mixtes facilitant l'implantation de la pratique d'intervention par les pairs en assurant un soutien continu aux pairs aidants mais aussi aux milieux d'intégration.

La communauté de pratique mixte vise à la fois à soutenir a) les pairs aidants en regard de leurs besoins continus d'aide et b) les milieux qui

les reçoivent par l'intégration de cette approche axée sur l'intervention par les pairs au sein de leur équipe et de leurs services. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un regroupement de pairs aidants d'un territoire désigné. Conséquemment, différents types d'activités pourront éventuellement être suggérés selon l'intérêt des acteurs telles des activités de consultation, de promotion et de sensibilisation, d'enseignement ou de formation, de supervision clinique, d'entraide et de partage, de mises en réseau de l'ensemble des acteurs et surtout, des activités ciblées pour le soutien des pairs aidants et des divers acteurs établis sur un même territoire.

Il s'agit donc d'inviter les gestionnaires et les cliniciens locaux et régionaux ou selon les territoires d'appartenance, à utiliser leur leadership pour appuyer et soutenir une démarche de mise en réseau des divers acteurs et des pairs aidants de leur territoire. Le programme propose d'agir en soutien des travaux liés à la démarche de mobilisation souhaitée par ces derniers et par les pairs aidants et, à partir de celle-ci, à la mise en place de la communauté de pratique mixte. Ce projet repose sur une approche réflexive basée sur l'acquisition d'un savoir intégré favorisé par l'adhésion des diverses parties prenantes au processus, ceci dans une perspective de coconstruction, de mise en réseau, d'entraide ou de partage et d'émulation.

Les diverses activités associées à la communauté de pratique sont alors soutenues par l'ensemble du groupe avec l'appui des établissements employeurs et celui donné par le programme. Cette démarche peut donc évoluer différemment selon les secteurs. Le soutien des pairs aidants et des milieux d'embauche devient alors une responsabilité commune, régionale ou territoriale, et collective.

7. La promotion de la pratique et la mobilisation des milieux

L'intégration de la pair-aidance au cœur des services nécessite sa mise en valeur et la prise en compte de ses enjeux et des facteurs qui la facilitent ou la freinent. Il est toujours nécessaire de soutenir la promotion de cette pratique.

L'importance d'offrir des activités de promotion au départ du projet et en continu dans le programme s'appuie également sur la conviction que l'embauche de pairs aidants est facilitée dans un contexte d'ouverture et d'adhésion volontaire à cette pratique. La stratégie déployée initialement reposait sur cette perspective et sur l'émulation engendrée par l'engouement des milieux devant le travail des pairs aidants.

Ce premier axe de conception du programme s'est traduit par de nombreuses activités de consultation, d'information et de promotion au cours des premières années. Notons à cet effet la production d'un documentaire au sujet de l'embauche de pairs aidants, *Du fou au collègue de travail : l'embauche de pairs aidants dans les services de santé mentale*, financé par l'OPHQ, et sa diffusion au cours de nombreuses activités de rayonnement.

Un besoin de promotion toujours présent

Le besoin de promotion de la pratique a varié selon les différents contextes ou changements vécus dans l'organisation de services. Effectivement, cet enjeu de la promotion de cette nouvelle pratique revient en force en 2015 en raison de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, loi qui vient affecter tout le réseau.

En effet, la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, entraîne une conséquence directe sur la formation du programme et sur la capacité d'embauche des milieux. De plus, la mouvance du



personnel provoquée par cette transformation amène une méconnaissance du programme chez plusieurs des nouveaux gestionnaires en fonction.

Il faut donc accroître les activités de promotion, particulièrement pour assurer la préparation des milieux d'embauche. Il faut aussi allouer du temps à ces derniers pour réorganiser les services en fonction de la nouvelle loi. Il faut donc ajuster notre offre de services en conséquence ainsi que la fréquence des activités de formation, en tenant compte de la capacité d'embauche qui a nettement diminué durant cette période.

Cette transformation représente également un enjeu sur le plan de l'accessibilité à la formation puisque de 2008 à 2015, ce sont principalement les Agences de santé et de services sociaux qui ont financé les coûts de celle-ci pour les personnes utilisatrices intéressées de leur territoire. Ceci assurait à l'ensemble des régions un meilleur accès à la formation et une plus grande représentativité.

Sans ce financement régional aux pairs aidants en formation, les gestionnaires des milieux intéressés à embaucher un pair aidant ont donc été dans l'obligation de prendre le relais dans un contexte difficile. D'une part, il est impossible pour les milieux d'embauche de faire financer la formation d'un candidat s'il n'est pas encore en emploi, un risque encore plus grand s'il advenait qu'il n'obtienne pas sa certification. D'autre part, les fonds ne semblent pas toujours disponibles, certains gestionnaires utilisant un budget discrétionnaire en fin d'année, plus communément appelé « fonds de tiroir », pour subventionner des places de formation.

Tout ceci produit un effet important sur ce volet du programme. Sans le soutien des Agences, il est impératif de diminuer le coût de la formation pour la rendre plus accessible aux milieux qui désirent financer un candidat, ou encore directement aux usagers qui désirent suivre la formation sans être dans un processus d'embauche. Le coût le plus important de la formation en présence est dû au fait que celle-ci est offerte dans un contexte de vie en communauté, c'est-à-dire que les participants résident sur place, dans un campus étudiant, tous ensemble. Ceci crée un dilemme : il serait certainement plus simple de réduire les coûts en annulant ce volet de vie communautaire, mais les participants nous invitent à conserver cette formule qui leur permet de s'offrir mutuellement du soutien et de favoriser leur mise en réseau. Des démarches sont effectuées auprès

d'Emploi Québec pour faire reconnaître et financer la formation, mais cette avenue n'est possible que si le marché de l'emploi nécessite des besoins urgents pour ce type de main-d'œuvre. Nous n'en sommes pas là en 2015, mais nous demeurons convaincus qu'il y aura là une voie de passage avec le temps...

Mars 2020, la pandémie se pointe... Encore une fois, il faudra s'adapter aux réalités des milieux en pleine crise sanitaire. Toutefois, si l'embauche est encore une fois touchée par le contexte de soins et de services, le programme s'ajuste et ne ralentit pas sa cadence.

D'une part, on en profite pour innover grâce à la mise sur pied rapide d'une ligne d'écoute dite « ligne de confort », Pairs Aidants J'Écoute. En effet, avec la mobilisation de toute l'équipe de l'AQRP et une vingtaine de pairs aidants certifiés par le programme, cette ligne d'écoute a été active de mars à juin 2020, soit pour toute la période du premier confinement dû à la Covid. Ce projet fait d'ailleurs l'objet d'un article très intéressant dans le partenaire de l'automne 2021¹⁰.

Finalement, l'expérience étant concluante, une entente est prise en juillet 2021 avec Stepped Cares Solutions, en association avec Espace mieux-être Canada, pour financer et remettre en service la ligne Pairs Aidants J'Écoute, pour le Québec, mais également pour l'espace francophone canadien.

« Des démarches sont effectuées auprès d'Emploi Québec pour faire reconnaître et financer la formation, mais cette avenue n'est possible que si le marché de l'emploi nécessite des besoins urgents pour ce type de main-d'œuvre. Nous n'en sommes pas là en 2015, mais nous demeurons convaincus qu'il y aura là une voie de passage avec le temps... »

Le rayonnement du programme et de sa formation en intervention par les pairs

Rapidement après l'instauration du programme, les responsables de la ligne d'écoute ont été invités à partager leur expertise. Plusieurs projets ont permis de faire rayonner le programme, particulièrement sa formation et l'expertise des pairs aidants.

Dès 2010, une formation de 35 heures sur le déploiement du programme et sa mise en branle est offerte à un groupe de cadres, de cliniciens et de gestionnaires associés au CCOMS de Lille en France. En 2012, les formatrices offrent une courte formation

axée sur l'utilisation judicieuse du savoir tiré de l'expérience à l'intérieur du cursus de la formation de la première cohorte du projet *Médiateurs Santé Pairs* organisée par la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie, l'université Paris VIII et le ministère de la Santé français.

En 2016, à la demande du gouvernement du Nouveau-Brunswick, le programme effectue, grâce à l'obtention d'une licence, l'achat en français et en anglais de la formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. Le personnel du programme forme également une première cohorte de pairs aidants, un groupe de gestionnaires ainsi que les personnes utilisatrices qui prendront le relais pour que leur programme devienne dès l'année suivante complètement autonome. En 2020, ce sera au tour de l'Île-du-Prince-Édouard d'adhérer au modèle québécois.

Les demandes d'adaptation de la formation se multiplient et de nouveaux secteurs d'intervention s'y intéressent de plus en plus. Par exemple, une adaptation de la formation est effectuée pour des pairs aidants bénévoles œuvrant dans des habitations du Réseau de l'Académie de Montréal en vue d'aider leurs pairs vivant avec des difficultés dans leur lieu de résidence.

En 2016, à la demande du gouvernement du Nouveau-Brunswick, le programme effectue, grâce à l'obtention d'une licence, l'achat en français et en anglais de la formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs.... En 2020, ce sera au tour de l'Île-du-Prince-Édouard d'adhérer au modèle québécois.



De l'accompagnement est offert à l'Association des intervenants en dépendance du Québec pour son projet visant la reconnaissance du savoir transmis par l'expérience et la construction d'un cadre d'orientation pour la pair-aidance dans le milieu de la dépendance.

Divers acteurs interpellent donc le programme pour certains projets ayant trait à de nouveaux types de clients comme des gens vivant avec un spectre de l'autisme ou avec une surdité.

Les activités multiples de formation offertes aux pairs aidants et les occasions d'adaptation de celles-ci sont sans limites... Plusieurs approches avec d'éventuels partenaires sont en cours!

Par ailleurs, nous croyons fermement que

- a) tous les modes d'intervention par les pairs reposent sur un tronc commun : la reconnaissance de l'apport du savoir apporté par l'expérience en soutien au rétablissement et l'enjeu de son usage approprié dans une pratique d'intervention;
- b) tout programme en soutien de cette pratique doit être adapté en fonction de la réalité et des besoins de la clientèle desservie et des secteurs visés;
- c) le succès des initiatives en pair-aidance repose grandement sur la nécessité d'offrir des mesures de soutien tant aux pairs aidants qu'aux milieux d'embauche.

En ce qui a trait à cet enjeu fondamental que représente l'utilisation judicieuse du savoir tiré de l'expérience et l'apprentissage de compétences et d'habiletés pour y parvenir, nous sommes convaincus que notre expérience peut être un atout majeur dans la préparation des futurs pairs aidants, que ce soit dans le secteur de la jeunesse ou pour divers autres types d'usagers.

Une chose est certaine, avec l'adoption sur leur territoire du *Plan d'action interministériel santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif* et de sa mesure 3,3 : *Soutenir la formation et l'intégration de pairs aidants*, nous croyons que le Québec a résolument la conviction qu'il est nécessaire et pertinent de poursuivre l'implantation de cette pratique novatrice et plus que jamais, il nous faut aller de l'avant!

Références

1. AQRP, Rapport annuel 2021-2022, p. 12.
2. AQRP, le partenaire. (été 2006). Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale – Première partie : leadership et prestation des services, vol. 14, no 1.
3. Georgia Certified Peer Specialist Project, www.gacps.org.
4. Champlain District Mental Health Implementation Task Force. (2002). Peer support and employment across the mental health system, section 3.1.6., Ontario.
5. Sinclair, C. (2005). « Peer support training manual, Guideline for support training in the Okanagan health service area », Canadian Mental Health Association, British Columbia; Ministry of Health Services. (2001). Peer support resource manual. Adult mental health policy and mental health plan implementation division, British Columbia.
6. Lagueux, N., N. Charles et D. Harvey. (2011). Guide de référence, Embauche et intégration de pairs aidants dans les services de santé mentale, AQRP, programme Pairs Aidants Réseau.
7. Provencher, H. L., C. Gagné et L. Legris. (2011). L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.
8. Samson, E. (2017). Bilan de situation du programme Pairs Aidants Réseau : étude auprès des personnes formées, des pairs aidants et des milieux d'embauche, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, Québec.
9. Pour consultation : <https://cremis.ca/publications/dossiers/lintervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/comment-integrer-des-pairs-aidants-dans-les-equipes>.
10. Harvey, D., L. Caron et D. Lachance. (2021). « Rebondir en ligne : la ligne Pairs Aidants J'écoute », le partenaire, vol. 27, no 1, p. 24.

La pair-aidance au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Julie Lesage, directrice adjointe des programmes Santé mentale et dépendances – Volet trajectoire, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Institut universitaire en santé mentale de Québec

Un peu d'histoire

La région de la Capitale-Nationale a un long historique en ce qui regarde la pair-aidance, notamment au sein de ses établissements du réseau public. En effet, le premier travailleur pair aidant a été introduit en 2005 au sein de l'équipe de suivi intensif dans le milieu de vie (SIM) du Centre hospitalier Robert-Giffard (CHRG, qui deviendra l'Institut universitaire en santé mentale de Québec en 2008), avant même qu'un programme de formation en pair-aidance soit mis en place par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). À l'époque, le comité d'implantation de l'équipe SIM souhaitait se rapprocher le plus possible du modèle ACT (Assertive Community Treatment) qui, depuis le début des années 2000, avait introduit dans ses normes l'intégration de travailleurs pairs aidants au sein des équipes. Le Québec en était alors à ses balbutiements quant à l'embauche de pairs aidants dans les services de santé mentale alors que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 incluait la pair-aidance dans ses objectifs et fixait une cible d'embauche au sein des équipes de SIM et de soutien d'intensité variable (SIV).

L'intégration d'un premier pair aidant dans cette équipe SIM a comporté certains défis, mais a été couronnée de succès. Parmi les conditions de ce dernier, soulignons le fait que le comité d'implantation de notre première équipe SIM était convaincu de la valeur ajoutée de cette intégration et qu'il était bien

soutenu par le Centre national d'excellence en santé mentale. Ainsi, l'équipe a été bien préparée à l'arrivée de ce pair aidant et tout au long de son parcours, diminuant ainsi ses appréhensions et permettant les ajustements nécessaires. La gestionnaire a joué un rôle-clé en étant à l'écoute à la fois de l'équipe

« L'équipe a été bien préparée à l'arrivée de ce pair aidant et tout au long de son parcours, diminuant ainsi ses appréhensions et permettant les ajustements nécessaires. La gestionnaire a joué un rôle-clé en étant à l'écoute à la fois de l'équipe d'accueil et du pair aidant. ».

d'accueil et du pair aidant. Son mode de gestion participatif et sa proximité avec son équipe ont permis l'identification en continu des besoins et la résolution rapide des difficultés se présentant pendant le processus d'intégration et au long cours.

En 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'AQRP le mandat d'élaborer un programme provincial de formation à la pair-aidance en santé mentale. L'AQRP s'est alors jointe à l'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec (APUR). Une stratégie d'implantation, incluant un programme de formation, a été structurée et implantée. L'expérience du CHRQ et de son premier pair aidant, feu Roger Pelletier, a alors été mise à profit, tout comme deux expériences ontariennes. C'est en 2008 que la première cohorte de pairs aidants certifiés, issue du nouveau programme de formation accrédité par l'Université Laval, arrive sur le marché du travail.

L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) a poursuivi l'intégration de pairs aidants au fil du déploiement de ses équipes SIM, mais a aussi poussé l'expérience plus loin en intégrant des pairs aidants dans d'autres services, soit dans deux équipes ayant une mission de réadaptation, mais aussi à titre

de pair aidant consultant auprès de l'équipe de direction.

D'autres établissements du réseau public ont emboîté le pas de l'IUSMQ dans la Capitale-Nationale : le CSSS de la Vieille-Capitale en assistance à la clientèle des équipes SIV et le CSSS Québec-Nord auprès de la clientèle hébergée en ressources intermédiaires (RI). Le milieu communautaire en santé mentale de la Capitale-Nationale s'est également inscrit dans ce courant d'embauche de pairs aidants au sein des services.

Le développement des fonctions de pairs aidants dans les établissements du réseau public ne s'est pas fait sans obstacles et malheureusement l'un d'eux a été un frein à leur pleine intégration; l'incapacité de les embaucher au même titre que tous les autres employés. En effet, le titre d'emploi « pair aidant » n'existe pas dans la nomenclature des titres d'emplois du réseau et conséquemment les conventions collectives et les règles syndicales ne sont pas adaptées.

La voie de contournement a donc été de conclure des ententes de services avec des organismes communautaires, l'APUR ayant été la pionnière.



Certes, cela aura permis d'aller de l'avant et d'intégrer des pairs aidants dans nos équipes, mais il n'en demeurait pas moins que malgré une volonté de leur attribuer une rémunération tenant compte de leur scolarité et de leur expérience, ils ne bénéficiaient pas des mêmes conditions et avantages sociaux (assurance collective, régime de retraite, sécurité d'emploi) que les autres employés, rendant leur statut beaucoup plus précaire.

La création d'une vision et de conditions organisationnelles

Un noyau de forces vives est à l'origine de la création d'une vision d'organisation axée sur le rétablissement au sein de l'IUSMQ. Ce noyau s'est amplifié au fil du temps, grâce à l'influence de l'AQRP sur le plan provincial et, à l'échelle régionale, de pionniers militants engagés, tels que la docteure Marie-Luce Quintal, psychiatre, Claude Lagueux, utilisateur de services, fondateur et président de l'APUR, et Luc Vigneault, utilisateur de services ayant exercé différentes fonctions, dont celles de directeur de l'APUR puis de pair aidant consultant auprès de l'équipe de direction de l'IUSMQ, pour ne nommer que ceux-ci.

« En 2015, à l'aube de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'IUSMQ comptait six pairs aidants non seulement dans les équipes SIM, mais aussi dans deux autres programmes et comme consultant auprès de l'équipe de gestion, tandis que de leur côté, les CSSS en avaient trois (SIV et RI). La Direction des programmes Santé mentale et dépendances (DSMD) du CIUSSS de la Capitale-Nationale démarrait donc avec neuf pairs aidants au sein de ses services ».

Au début des années 2010, grâce à ce noyau de forces vives, l'IUSMQ affirme sa volonté de revoir ses façons de faire afin de faire émerger une culture axée sur le rétablissement. L'adoption d'un nouveau code d'éthique élaboré pour favoriser le rétablissement et en permettre la concrétisation au quotidien, l'embauche d'un pair aidant consultant salarié non-syndiqué de l'établissement et la création d'un comité directeur sur le rétablissement figurent parmi les moyens déployés pour y arriver.

Présidé par la directrice générale adjointe de l'époque, le comité directeur sur le rétablissement était composé de décideurs et de représentants issus de différentes directions (soins et services cliniques, services professionnels et ressources humaines), des différents conseils (Conseil des infirmières et des infirmiers, Conseil multidisciplinaire, Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens), du comité des usagers, de l'APUR et du regroupement des organismes de soutien aux proches. Il avait pour mandat de faire émerger une vision commune de la notion du rétablissement et de déterminer les pratiques cliniques et de gestions reconnues et documentées en cohérence avec l'approche du rétablissement. Le Plan stratégique 2011-2015 : Croire, faire, viser vient consolider ces orientations et identifie très clairement des objectifs et des cibles pour y arriver.

Conséquemment, en 2012, le comité directeur sur le rétablissement dépose un plan d'action autour de six thèmes : la participation active des utilisateurs de services, les mesures de contrôle, les pairs aidants, la gestion des risques, la communauté ainsi que l'engagement citoyen et la promotion du rétablissement. Deux objectifs découlent du thème « pairs aidants », soit : augmenter le nombre d'emplois occupés par des pairs aidants certifiés, de même que favoriser et reconnaître la contribution de leur expertise spécifique dans l'organisation.

Ce plan d'action a été bonifié à la suite du dépôt du rapport de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS), qui avait été sollicitée afin de répertorier les pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement. Il a notamment donné lieu à de la formation axée sur le rétablissement offerte au personnel clinique, incluant les médecins, et aux gestionnaires. Par ailleurs, la participation active d'un pair aidant consultant auprès de l'équipe de gestion et au cœur de différents travaux a fortement contribué à influencer les pratiques cliniques et de gestion.

En 2015, à l'aube de la création du CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'IUSMQ comptait six pairs aidants non seulement dans les équipes SIM, mais aussi dans deux autres programmes et comme consultant auprès de l'équipe de gestion, tandis que de leur côté, les CSSS en avaient trois (SIV et RI). La Direction des programmes Santé mentale et dépendances (DSMD) du CIUSSS de la Capitale-Nationale démarrait donc avec neuf pairs aidants au sein de ses services.

La création du CIUSSS a inévitablement entraîné son lot d'obstacles et engendré une période de grande ambiguïté occasionnant une perte de repères. Des directions de programmes et de services étaient à construire, à une échelle beaucoup plus grande que ce que les anciens établissements avaient connu.

En effet, le CIUSSS de la Capitale-Nationale est issu de la fusion de 11 établissements et du transfert de certaines spécialités en provenance du Centre hospitalier universitaire de Québec, dont la psychiatrie. Il dessert une population d'environ 745 480 habitants résidant dans des milieux urbains et ruraux répartis sur un territoire de 18 643 km². La DSMD regroupe les services qui auparavant étaient

offerts par six établissements, sur l'ensemble du territoire, et elle compte plus de 2 000 employés. Ce portrait très succinct donne un aperçu de l'ampleur du défi que nous avons et du contexte dans lequel nous nous sommes retrouvés en 2015. Il va sans dire qu'il a fallu construire de nouvelles fondations, favoriser l'émergence d'une vision commune, redéfinir nos priorités, nos objectifs et bien plus. Conséquemment, il y a eu un ralentissement de certains travaux en cours, mais aussi de nouvelles possibilités.

Une fois ses bases bien établies, la DSMD, riche de ces expériences antérieures, a poursuivi le déploiement d'une vision axée sur le développement d'une culture de rétablissement, favorisant l'intégration de pairs aidants et la participation active d'utilisateurs partenaires.





L'embauche directe des pairs aidants

À l'IUSMQ, dès l'intégration du premier pair aidant, la vision a été de faire en sorte que les pairs aidants soient des membres à part entière des équipes, tant pour leur participation aux différentes rencontres d'équipes cliniques et administratives que pour leur accès à la formation. Rapidement, il a été fait en sorte qu'ils puissent avoir accès aux dossiers des personnes qu'ils accompagnaient afin d'écrire leurs notes d'évolution.

Malheureusement, un obstacle de taille freinait alors leur pleine intégration : l'incapacité de les embaucher directement et de leur permettre de bénéficier des mêmes conditions que les autres employés. Le titre d'emploi « pair aidant » n'existant pas dans la nomenclature des titres d'emplois du MSSS, il nous était impossible de les embaucher

comme tel et les règles syndicales nous imposaient d'autres contraintes. Il a donc fallu élaborer des ententes de prêts de services avec des organismes communautaires. Ces derniers étaient responsables de l'embauche des pairs aidants qui par la suite étaient en prêt de service dans l'établissement demandeur. Ailleurs au Québec, plusieurs établissements du réseau public se sont tournés vers cette solution lorsqu'ils ont voulu aller de l'avant avec l'embauche de pairs aidants.

Cet obstacle à une pleine intégration et la volonté de faire reconnaître le titre d'emploi « pair aidant » ont donné lieu à une mobilisation de différents établissements, organismes communautaires et associations dans une démarche portée par l'AQRP auprès du MSSS. Christian de Beaumont, adjoint au directeur des ressources humaines de l'IUSMQ et

acteur-clé dans l'atteinte de notre but d'embaucher les pairs aidants, s'est activement engagé dans cette démarche. En 2013, le MSSS livrait sa conclusion : les établissements peuvent procéder à l'embauche de pairs aidants en utilisant le titre d'emploi « éducateur ».

Pour les établissements du réseau public, cela ne réglait qu'une partie du problème; les enjeux liés aux règles syndicales n'étaient pas pour autant résolus. En effet, les postes d'éducateurs sont des postes qui s'obtiennent par ancienneté et il n'est pas possible d'y ajouter des exigences spécifiques. Cependant, en raison du fondement même de la pair-aidance, la fonction de pair aidant requiert une expertise particulière qui nécessite que l'on s'appuie sur des exigences spécifiques, notamment celle de posséder un savoir expérientiel lié au type de clientèle que le pair aidant accompagnera. Procéder à l'embauche directe de pairs aidants était alors pratiquement impossible sans devoir faire face à des griefs.

Du côté de l'IUSMQ, des travaux étaient en cours, avant même la décision relative au titre d'emploi. Ces travaux ont été le fait d'une étroite collaboration entre les directions cliniques et la Direction des ressources humaines (DRH) portée par le plan d'action du comité directeur sur le rétablissement. À l'intérieur de la DRH, la démarche s'est effectuée de façon graduelle, allant de la sensibilisation à une gestion de changement de paradigme, ceci auprès des différentes équipes; relations de travail, service du recrutement et service santé. Tous devaient être convaincus de la richesse de l'apport des pairs aidants. Le fait d'avoir pu compter sur un gestionnaire de la DRH innovateur et engagé dans la cause de la reconnaissance des pairs aidants a été un élément-clé du succès.

Dans les directions cliniques, les travaux pour la mise en œuvre et la réalisation des objectifs du plan d'action sur le rétablissement, l'influence et le rôle actif joué par le pair aidant consultant auprès des équipes cliniques et de gestion, tout comme la mise à profit de l'expérience positive de l'intégration du premier pair aidant dans une équipe SIM ont été déterminants dans la préparation du terrain.

Ce travail de fond a conduit à une démarche auprès du partenaire syndical, démarche qui avait pour objectif de trouver une solution pour en arriver à l'embauche des pairs aidants, avec les mêmes conditions que les salariés syndiqués.

Pour l'ensemble de ces travaux, l'élément central a été le cheminement vers la pleine reconnaissance de l'apport spécifique et du rôle-clé du pair aidant dans le rétablissement, ainsi que des compétences pointues que ce rôle unique exige. C'est par son expérience de la maladie mentale que le pair aidant suscite l'espoir. Son vécu combiné à des compétences précises lui permet d'assumer pleinement un rôle unique, voire exclusif, dans le rétablissement.

À l'aube de la réforme qui a engendré les CISSS et CIUSSS en 2015, l'IUSMQ était sur le point de conclure une entente avec le syndicat qui aurait permis l'embauche des pairs aidants sous le titre d'emploi « éducateur », tout en reconnaissant leur spécificité. À la constitution du CIUSSS de la Capitale-Nationale, nous sommes passés de quatre instances syndicales à plus d'une quarantaine, qui devaient se réorganiser et, à terme, mettre en place quatre syndicats et autant de conventions collectives locales. Ces travaux ont été d'une ampleur majeure et ont bien évidemment entraîné une pause dans la négociation d'ententes particulières, dont celle ayant trait aux pairs aidants.

« L'élément central [menant à la création du titre d'emploi « éducateur pair aidant »] a été le cheminement vers la pleine reconnaissance de l'apport spécifique et du rôle-clé du pair aidant dans le rétablissement, ainsi que des compétences pointues que ce rôle unique exige. C'est par son expérience de la maladie mentale que le pair aidant suscite l'espoir. Son vécu combiné à des compétences précises lui permet d'assumer pleinement un rôle unique, voire exclusif, dans le rétablissement ».

C'est finalement à l'été 2019 qu'une entente permettant d'ajouter des exigences spécifiques au titre d'emploi « éducateur (pair aidant) » a été conclue. Cette entente reconnaît le caractère unique du pair aidant, son profil de compétences recherchées qui diffère de celui de l'éducateur et sa fonction particulière, c'est-à-dire qu'il doit arriver à transposer les éléments de son vécu en stratégies de rétablissement adaptées à ses pairs, susciter l'espoir de façon concluante et soutenir le paradigme du rétablissement de toutes les manières possibles. Un salarié éducateur qui ne possède pas les exigences spécifiques requises pour la fonction de pair aidant ne peut obtenir un poste d'éducateur (pair aidant).

Le 18 août 2019, les huit pairs aidants alors en entente de services devenaient officiellement des employés syndiqués du CIUSSS, avec l'ensemble des avantages sociaux correspondant. Depuis, six autres postes ont été créés et l'intention est de poursuivre dans cette voie.

Une fonction soutenue, au même titre que les autres

L'introduction de nouveaux postes, dans des équipes qui n'avaient pas encore de pairs aidants, nous a amenés à structurer un processus d'intégration particulier. Dans les faits, nous sommes partis du processus d'intégration habituel, puis l'avons bonifié afin qu'il réponde aux besoins des pairs aidants. Nous avons soutenu ce processus d'intégration en confiant à des intervenants expérimentés et retraités, ayant une longue expérience de travail avec des collègues pairs aidants, le mandat de les accompagner et de favoriser leur intégration dans les nouvelles équipes. Au-delà de la période d'intégration, ces intervenants demeurent disponibles au besoin afin de leur offrir du soutien ponctuel à leur demande.

À leur arrivée dans les équipes, les pairs aidants ont été jumelés à des intervenants préalablement identifiés et choisis par les gestionnaires. Lorsque nous avons procédé à l'évaluation du nouveau processus d'intégration, les pairs aidants ont mentionné qu'ils auraient préféré choisir eux-mêmes leur jumeau, tout comme ils auraient aimé accompagner plus d'un intervenant lors de leurs premières semaines d'intégration, afin de se faire eux-mêmes une vision de leur rôle à partir de différents modèles issus de diverses disciplines. Pour nous, il était important d'évaluer le processus d'intégration

« Lorsque nous avons procédé à l'évaluation du nouveau processus d'intégration, les pairs aidants ont mentionné qu'ils auraient préféré choisir eux-mêmes leur jumeau, tout comme ils auraient aimé accompagner plus d'un intervenant lors de leurs premières semaines d'intégration, afin de se faire eux-mêmes une vision de leur rôle à partir de différents modèles issus de diverses disciplines ».

et de lui apporter les ajustements nécessaires; cela s'inscrit dans une culture d'amélioration continue.

Outre le processus d'intégration, une communauté de pratique des pairs aidants de nos programmes a été mise en place. Elle est animée par un pair aidant d'expérience, nouvellement retraité, que nous avons réembauché à temps partiel à cet effet. Il est également en mesure de répondre à des besoins d'accompagnement, si cela est requis. L'objectif de ses modalités de soutien est d'être complémentaire à ce qui est offert par Pairs Aidants Réseau, en offrant un soutien adapté aux besoins découlant du programme dans lequel évolue chacun des pairs aidants. Enfin, ces derniers ont accès au même programme de formation continue que leurs collègues des autres disciplines. Nous avons cependant eu à en débattre avec quelques formateurs externes qui leur refusaient l'accès à leur formation, mais habituellement ils révisent leur position lorsque nous leur expliquons la fonction et le rôle de nos pairs aidants.

Et l'avenir?

Les effets positifs de l'intégration des pairs aidants dans les équipes cliniques ne sont plus à démontrer et plusieurs articles en témoignent. Ils contribuent à améliorer la qualité de nos services et font une réelle différence auprès des personnes en processus de rétablissement. Par leur contribution unique et leur complémentarité, ils enrichissent les équipes dont ils font partie. Ils incarnent l'espoir et par le fait même le suscitent auprès des personnes qu'ils accompagnent et auprès des intervenants qui, quotidiennement aux prises avec les difficultés vécues par leur clientèle, en arrivent parfois à douter. Tranquillement, il se produit un effet d'entraînement et d'autres équipes emboîtent le pas.

L'avènement récent des pairs aidants famille amène une nouvelle occasion d'améliorer la qualité des services offerts. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils auront un effet positif similaire à celui des pairs aidants. Il est démontré que l'implication des proches dans le processus de rétablissement des personnes est un facteur de succès. Cependant, cela ne se fait pas de façon systématique et malheureusement ils sont encore trop souvent tenus à l'écart, pour toutes sortes de motifs. La présence de pairs aidants famille au sein de nos équipes pourrait-elle faire une différence? Nous en sommes convaincus et réfléchissons actuellement à l'endroit où cette présence exercerait le plus de conséquences positives : dans un mandat transversal ou dans une équipe en particulier?

Tout cela ne se fait pas sans une réelle volonté organisationnelle et la mise en place de conditions favorables. Nous avons le pouvoir de réviser l'organisation de nos services et de faire des choix dans la composition de nos équipes, et nous avons le devoir de bien les accompagner et outiller. Rien ne doit être tenu pour acquis, c'est un travail au long cours qui doit être soutenu et inscrit dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services de collaboration axés sur le rétablissement et la pleine participation citoyenne. Les pairs aidants et les pairs aidants famille contribuent indéniablement à améliorer la qualité des services offerts.

Références

Bilan de la phase I, Programme québécois Pairs Aidants Réseau, avril 2007.

Rapport annuel de gestion 2010-2011, IUSMQ.

Mise en priorité des pratiques cliniques et de gestion associées à l'approche du rétablissement, UETMIS de l'IUSMQ, octobre 2013.

Le pair aidant en santé mentale... Bien plus qu'une maladie, Enjeux liés à l'embauche des pairs aidants, présentation de Christian de Beaumont, AQRP, 2014.



Cultiver l'approche collaborative au sein des équipes

Prends soin de l'arbre et il te donnera des fruits!

Nathalie Hamel, cheffe d'administration des programmes Suivi intensif dans le milieu, Soutien d'intensité variable et Service d'intégration socioprofessionnelle (secteur nord); directrice des programmes de santé mentale et dépendance, CISSS de Lanaudière



La pertinence des pairs aidants dans les équipes de suivi intensif dans le milieu (SIM), de soutien d'intensité variable (SIV) et de service d'intégration socioprofessionnelle (SIS) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière a fait ses preuves grâce à leur apport inestimable auprès de la clientèle adulte ayant des troubles mentaux graves.

L'offre de service axée sur le rétablissement se vit dans un contexte interdisciplinaire. L'intervenant pair aidant (IPA) participe avec l'équipe interdisciplinaire à la mise en œuvre du plan d'intervention individualisé (PII) et au suivi d'une clientèle adulte ayant des troubles mentaux graves. Le suivi est offert dans le milieu de vie des personnes afin d'augmenter leur autonomie, leur qualité de vie et leur intégration sociale. L'IPA a aussi recours aux activités de groupe axées sur le rétablissement. De plus, il contribue à la création et à l'adaptation des outils cliniques, à l'évaluation de la qualité des services et il collabore à la recherche.

Un travail d'équipe au bénéfice de la clientèle

Les équipes SIM-SIV-SIS simplifient l'intégration optimale dans la communauté des personnes souffrant de troubles mentaux graves et présentant une instabilité ou une fragilité importante, des incapacités fonctionnelles marquées, de même que des problèmes de comorbidité souvent associés. Le savoir expérientiel de l'IPA auprès des équipes et des usagers devient une pierre angulaire pour

favoriser l'ouverture et une meilleure compréhension dans le rétablissement de la personne. Le fait de partager son expérience et son histoire de rétablissement permet de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information aux personnes vivant des situations similaires. L'IPA préconise également une approche proactive et va au-devant des personnes incapables de réclamer les services dont elles ont besoin. Il assiste la personne, sa famille et ses proches dans les démarches d'intégration communautaire et de négociation avec d'autres ressources. Enfin, lors d'une période de crise, il accompagne l'usager tout au long du processus en s'assurant que l'équipe et les partenaires respectent les droits de celui-ci, les protocoles établis et la liaison requise jusqu'à la fin de l'intervention.

Soutenir l'intégration de l'IPA dans les équipes

Le gestionnaire s'avère un élément-clé dans l'intégration de l'IPA au cœur des équipes. En effet, grâce à son leadership mobilisateur, il assume un rôle prépondérant afin de réussir l'intégration de l'intervenant. Il s'adapte à chaque IPA afin de lui permettre d'acquérir des connaissances théoriques, d'accroître ses compétences et d'optimiser son savoir expérientiel dans la prestation de services attendue. Essentiellement, le gestionnaire croit au rôle de l'IPA et au principe du rétablissement.

Le gestionnaire des équipes SIM-SIV-SIS doit voir à ce que l'IPA se sente bien dans l'équipe et invite celui-ci à soulever les éléments et les points de vigilance qu'une équipe doit garder à l'œil. Il encourage l'IPA à

sensibiliser le personnel à ses préjugés et à sa façon, souvent involontaire, de stigmatiser la personne. Il cherche à établir une communication saine avec l'équipe et privilégie le respect mutuel. Par ailleurs, il épaulé l'IPA dans sa posture de neutralité envers les idées polarisées. L'IPA accompagne la réflexion de l'usager face à ses choix personnels. Comme pour l'ensemble de l'équipe, le gestionnaire incite l'IPA à exercer son jugement dans son intervention et à offrir un accompagnement bienveillant. Le gestionnaire vérifie que les tâches attendues de l'IPA sont possibles, réalisables et ajustables. Dans le cas contraire, il doit mettre les conditions en place afin de faciliter le travail de l'intervenant. Il arrive parfois que l'IPA vive des moments difficiles et, à ce titre, le gestionnaire l'aide à déterminer les sources du problème et à recourir aux moyens nécessaires afin de régulariser la situation.

Pour que la pratique de l'IPA ait un sens et pour soutenir la pertinence de son apport au travail des équipes et auprès des usagers, le gestionnaire travaille avec celui-ci afin de définir les résultats attendus dans le cadre de la prestation de services. Il le valorise dans sa volonté d'assister la personne dans ses démarches d'intégration sociale, d'intégration au travail et aux études, de même que de maintien dans le milieu.

Une approche collaborative avec les partenaires

Dans une culture d'approche collaborative, l'IPA tente d'établir des relations de partenariat avec tous les membres de l'équipe, les médecins traitants, les organismes communautaires ainsi que les familles et les proches de l'usager. Le travail de proximité du gestionnaire sur le terrain favorise la négociation des différents liens de partenariat, le recours à l'innovation et le perfectionnement des compétences. Le gestionnaire souligne ainsi l'importance de la participation des IPA aux communautés de pratiques et aux différentes activités de formation.

Rôles et attentes à l'égard de l'IPA et des équipes

Le gestionnaire tient à rendre l'IPA autonome pour que celui-ci puisse s'acquitter de ses tâches administratives liées à ses fonctions (statistiques, notes de service, guide de cheminement clinique, etc.) et pour qu'il puisse participer activement aux diverses réunions (planification quotidienne, planification clinico-administrative hebdomadaire,

encadrement clinique tant individuel qu'en équipe sous la supervision de la cheffe d'équipe, etc.). Tout comme les autres membres de l'équipe, l'IPA possède ses propres outils de travail. La posture qu'il incarne, son attitude, son professionnalisme et les propos qu'il tient le rendent aussi imputable.

Le gestionnaire doit également instaurer un climat de travail sain dans les équipes et s'attend à voir un employé prêt à travailler, capable de mettre ses limites et de les exprimer. L'aptitude du gestionnaire à créer des conditions intégratives et respectueuses est un levier pour garantir le bien-être de son personnel



et le maintien de celui-ci en poste. Être juste et équitable envers l'ensemble de l'équipe, incluant l'IPA, fait partie des priorités du gestionnaire. Tout comme ses collègues, l'IPA doit être en mesure de préciser ses insatisfactions dans un but de progrès continu. L'intervenant doit enfin connaître et respecter les différentes politiques, procédures et autres règles de l'établissement liées à son travail.

Une initiative novatrice

Par ailleurs, des initiatives porteuses de collaboration, d'aide et d'accompagnement entre le gestionnaire, l'IPA et l'équipe sont encouragées. À titre d'exemple, la création du portail virtuel Je me rétablis!, chapeauté par l'intervenante paire aidante Annie Bossé, est digne de mention. En janvier 2018, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DSM-D) du CISSS de Lanaudière avait intégré madame Bossé à l'équipe du SIV pour le secteur nord de Lanaudière. Le projet a démarré en mars 2020 à la suite de l'annonce du confinement en période de pandémie de COVID-19 mettant temporairement sur la glace l'offre de service de groupe de l'IPA. En plus de viser l'amélioration de la qualité des services tant dans l'organisation qu'auprès des usagers, le rôle de l'IPA a consisté à utiliser son expérience avec la maladie mentale et avec son rétablissement pour semer l'espoir et outiller les usagers ainsi que les intervenants pour qu'ils puissent orienter leurs interventions à partir des meilleures pratiques.

La DSM-D a usé de créativité afin de trouver des moyens pour assurer la continuité de son rôle en offrant à la clientèle la possibilité de poursuivre l'accroissement de son autonomie et de son bien-être tout en demeurant centrée sur la mission du rétablissement. Dans cette optique, une série d'ateliers de groupe en virtuel a été proposée, de façon hebdomadaire, pour poursuivre le processus de rétablissement malgré le confinement. Ces interventions, un véritable filet de sécurité, visaient à prévenir la crise ou à éviter l'hospitalisation dans un contexte de pandémie. Au cours de cette période, madame Bossé a décidé d'investir son temps personnel à l'adaptation des ateliers de groupe existants (depuis les 12 dernières années) en mode virtuel.

Concrètement, madame Bossé a conçu plus d'une trentaine de capsules vidéo et d'exercices inspirés de son expérience afin de personnaliser ses rapports avec les usagers, ainsi qu'un portail d'accompagnement visant à outiller les intervenants pour qu'ils adoptent une attitude personnalisée grâce à l'approche par les forces. L'objectif était de joindre le plus grand nombre possible d'usagers pour prévenir la crise et stimuler l'autonomie. En novembre 2020, la DSM-D a entériné ce projet-pilote novateur pour permettre à l'IPA d'utiliser ces outils en ateliers de groupe lors de rencontres virtuelles. À ce jour, le projet remporte un vif succès et fait une différence dans la vie des usagers tout en offrant un appui aux intervenants.

Le rôle d'un gestionnaire est donc de croire au potentiel de son équipe – y compris l'IPA – et de tout mettre en œuvre pour permettre à ses membres de réaliser une prestation de travail dans des conditions permettant leur engagement et leur valorisation. De cette manière, les équipes sont plus motivées à croire au potentiel de rétablissement des usagers. L'espoir se transmet ainsi une personne à la fois, une intervention à la fois, un pas à la fois.

En somme, grâce à une dose d'innovation, d'ouverture et d'accompagnement, tel un arbre, le rôle de l'IPA fleurit au sein de nos équipes. En prenant grand soin de l'arbre que le gestionnaire est en train de faire pousser, l'intervenant s'enracine progressivement dans les équipes au bénéfice de notre clientèle qui en récolte les fruits!



Inspirée par son parcours de rétablissement, une intervenante paire aidante crée le portail de formation *Je me rétablis!*

Annie Bossé, Intervenante pair aidante
Soutien d'intensité variable-Direction des programmes de santé mentale
et dépendance
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Centre de réadaptation en dépendances de Lanaudière



Qui aurait imaginé qu'une intervenante paire aidante utiliserait son vécu de la maladie et du rétablissement de même que ses forces personnelles pour créer une démarche de formation et d'accompagnement visant le rétablissement? Que tous les fruits

de son cheminement et de son engagement puissent soutenir des personnes vivant avec des difficultés en santé mentale (intervenants, familles, proches) à l'aide d'un portail de formation accessible sur le Web?

Évidemment, tout ne s'est pas mis en place sans embûches. Plusieurs milliers d'heures ont été investies. Un projet de rétablissement personnel s'est mis en branle et il a conduit à défricher le chemin et à acquérir de l'expérience en tant que paire aidante afin d'aboutir plus de douze années plus tard à la création et à l'expérimentation du portail de formation *Je me rétablis!* En somme, la persévérance, la passion, la patience et le courage ont été mis à l'épreuve pendant une longue période.

Dans un premier temps, les éléments clés pour se rétablir seront abordés. Il sera question de l'importance de reconnaître sa partie saine et

d'apprendre à se concentrer sur ses buts en faisant les plus petits pas possibles. L'accompagnement et l'importance de se sentir utile et en sécurité ainsi que de bâtir un réseau social sain seront aussi expliqués. Par la suite, la création de groupes axés sur le rétablissement, le rôle du pair aidant et le lancement du portail d'accompagnement *Je me rétablis!* seront détaillés. Vers la fin du texte, il y aura le dévoilement des constats actuels du projet pilote 2021-2022 du CISSS de Lanaudière et les résultats de l'évolution du sentiment d'efficacité de 50 participants.

La reconnaissance de ma partie saine, de mes forces et de mes intérêts

Comment peut-on entrevoir l'avenir lorsque 80 % des membres de sa propre famille élargie ont présenté à un moment ou à un autre de leur vie des épisodes de déséquilibre mental? Comment faire autrement sans modèle d'équilibre? Ai-je un avenir? Toutes ces questions m'ont traversé l'esprit pendant longtemps. L'insécurité m'envahissait et je me sentais constamment en danger. Je ne dormais plus et mes idées noires s'intensifiaient de jour en jour. Je ne voyais aucune solution. Chaque journée était une montagne à gravir sans succès.

J'ai donc décidé de crier ma détresse et de me laisser sept jours avant d'en finir pour de bon. Croyez-le ou non, au sixième jour, j'ai rencontré un pédopsychiatre et l'espoir est apparu. Il m'a proposé de m'aider à comprendre ce que je vivais de l'intérieur sans poser de diagnostic. C'est ainsi que j'ai ressenti le goût de vivre!

Je me présente : Annie Bossé, technicienne en éducation spécialisée depuis 1997 et intervenante paire aidante depuis 2009 dans le réseau de la santé et des services sociaux. Durant mon parcours, j'ai dû faire face à plusieurs moments d'instabilité empreints d'anxiété récurrente et de grandes peurs provenant de chocs posttraumatiques qui m'ont menée vers la psychose.

Apprendre à reconnaître ma partie saine, mes forces et mes intérêts a été essentiel afin d'être en mesure de répondre adéquatement à mes besoins de base. J'ai dû aussi trouver des moyens pour me concentrer sur mes buts en vue d'affronter la stigmatisation et mon autostigmatisation.

« Comment peut-on entrevoir l'avenir lorsque 80 % des membres de sa propre famille élargie ont présenté à un moment ou à un autre de leur vie des épisodes de déséquilibre mental? »

Au début de mon rétablissement, plus je vivais de petits succès, plus je ressentais d'espoir, plus mon estime grandissait et moins les symptômes de ma maladie étaient présents. J'ai eu la chance d'être accompagnée par des personnes de confiance.



Avec elles, j'ai pu découvrir la juste et bonne médication qui m'a permis de faire face à mes grandes peurs. De fil en aiguille, j'ai mis en place des moyens pour me sentir utile et en sécurité, et j'ai pu éprouver du plaisir et ressentir la paix d'esprit. Mon plus grand défi a été de cultiver mes habiletés sociales afin de recréer un nouveau réseau et des relations familiales saines.

Dès mon jeune âge, j'étais paralysée à l'idée de vivre à répétition des difficultés comme en vivaient mon père et ma mère. Je ressentais de grandes peurs en silence. Mon isolement et les messages contradictoires que j'entendais m'empêchaient de percevoir les bons côtés de ma personne. En fait, je ne savais pas qui j'étais et je vivais un grand vide. Dans un moment de désespoir, mon cri du cœur m'a permis de rencontrer un pédopsychiatre, une travailleuse sociale et une infirmière. Avec eux, je me suis sentie immédiatement importante et sécurisée. Leur soutien hebdomadaire m'a poussée à percevoir mes qualités pour ensuite m'engager vers la réalisation de mes rêves. Cette équipe traitante me reflétait ma partie saine au point de m'encourager à m'inscrire en techniques d'éducation spécialisée. Je me suis dirigée vers un de mes souhaits, aider les jeunes à briser le silence comme j'étais en train de le faire.



Crédit photo : Min An.

L'accent sur mes objectifs

Plus de trois années d'études m'ont permis de regagner l'estime que j'avais de ma personne, de mettre en pratique mes forces et de me concentrer sur mes objectifs. À cette époque, j'avais repris confiance et je me sentais immunisée contre les difficultés. La vie s'ouvrait devant moi. Cependant, après mes études, j'ai dû retourner au domicile familial. En peu de temps, je me suis heurtée à mon autostigmatisation. La crainte d'être considérée comme la fille du fou du village est réapparue au point de me sentir de nouveau paralysée.

Fuir cette souffrance m'a poussée à déménager dans une région éloignée où j'ai commencé un emploi en tant qu'agente d'animation auprès des jeunes en difficulté. Les premiers mois m'ont permis de retrouver ma fierté. J'entretenais enfin l'espoir d'avoir une vie normale. Toutefois, l'intimidation que j'ai vécue dans mon milieu de travail a déclenché en moi les mêmes symptômes envahissants.

« Je me félicitais chaque jour pour chacun de mes petits succès. Je me suis lancé des défis réalistes et je me récompensais pour chaque réussite. Lorsque mes objectifs étaient trop ambitieux, je ressentais du découragement. Je me suis donc concentrée sur mon but ultime en vue de conserver ma motivation ».



Crédit photo : Lena Khru Pina.

Cette fois-ci, les préposés aux services de santé mentale en place ne connaissant pas mon parcours, ils m'ont accueillie d'une tout autre manière. Je me suis sentie immédiatement non entendue, non écoutée, infantilisée et j'ai réagi fortement au point d'être hospitalisée plusieurs mois contre mon gré. À ma sortie, mon mode de vie a été l'itinérance. J'avais tout perdu et je ne savais plus par où commencer pour me remettre sur pied.

La prise de poids, la surmédication et le sentiment d'angoisse constant m'ont poussée à retourner vers mes anciens services de santé mentale. C'est à partir de ce moment que j'ai reçu un soutien empreint de respect pour ainsi retrouver la force et la motivation pour continuer à avancer. J'ai eu l'occasion de rencontrer les mêmes professionnels pour ensuite reprendre espoir, regagner confiance et décider de retourner en emploi vers mon objectif d'aider les jeunes à faire face à leurs difficultés.

Les plus petits pas possibles

En 2001, j'ai intégré un poste dans une nouvelle région afin d'instaurer des groupes de préparation en emploi avec des jeunes en difficulté d'intégration. Cette occasion m'a poussée à prendre soin de moi dans toutes les sphères de ma vie. Mon but était clair : demeurer en équilibre.

Pour la première fois de ma vie, j'y suis allée à petits pas. Je me félicitais chaque jour pour chacun de mes petits succès. Je me suis lancé des défis réalistes et je me récompensais pour chaque réussite. Lorsque mes objectifs étaient trop ambitieux, je ressentais du découragement. Je me suis donc concentrée sur mon but ultime en vue de conserver ma motivation.

L'accompagnement, la médication, la diminution des peurs

J'ai eu le privilège d'échanger pendant plusieurs années avec le nouveau conjoint de ma mère qui est devenu mon modèle d'équilibre. Grâce à son soutien et à son écoute, j'ai brisé mon isolement et affronté mes peurs. Je me suis relevé les manches pour me créer un mode de vie équilibré selon mes priorités, mes forces et mes intérêts.

J'ai aussi diminué à petits pas ma médication pour rester fonctionnelle. Mon médecin et moi avons ensemble réussi à découvrir la juste et bonne médication.

Je me suis bâti un plan alimentaire afin d'éliminer les 70 livres accumulées depuis la dernière hospitalisation. Régulièrement, le conjoint de ma mère me remémorait mon évolution, ce qui me donnait le goût de poursuivre mes efforts.

L'importance de se sentir utile et en sécurité

Le filet de protection que je me suis construit m'a permis de recommencer ma vie sur une base solide. Depuis ce temps, je suis en mesure d'affronter les défis de l'existence avec plus de résilience et de confiance. Je maintiens mon estime par divers moyens et je me sens utile et contributive.

Lorsque je me sens utile, les symptômes de ma maladie diminuent. J'ai beaucoup plus de facilité à faire la gestion de mon anxiété. Sans sentiment d'utilité, je me sens non importante et le désespoir me pousse vers l'isolement. J'ai cru remarquer ce même vécu chez plusieurs participants de mes groupes de rétablissement depuis 2009.

La constitution d'un réseau social sain

Mon plus grand défi a été de me donner de nouvelles habiletés sociales et de me créer un réseau de relations. Pour y arriver, j'ai offert mon aide bénévole à un organisme de travail de rue, une réalité déjà connue. Mon but était d'être dans un environnement connu pour créer des liens en fonction de mes intérêts. À partir du moment où j'ai rencontré des personnes saines avec qui j'éprouvais du plaisir, j'ai pu reconstruire mon réseau social.

Auparavant, j'essayais de m'adapter aux personnes de mon entourage et, maintenant, je prends davantage ma place. J'ai constaté que d'être dans des milieux qui coïncident avec mes valeurs me donne de l'énergie et fait grandir ma confiance.

La création de groupes axés sur le rétablissement et le rôle de pair aidant

C'est après huit ans d'efforts à me construire un équilibre de vie que j'ai osé postuler à un poste d'intervenant pair aidant, nouveau projet pilote dans Lanaudière. J'étais soulagée à l'idée de ne plus me cacher par peur d'être stigmatisée par mes

employeurs. En 2009, je suis devenue la première intervenante paire aidante embauchée dans le suivi d'intensité variable (SIV) de Lanaudière formée à l'intérieur de la deuxième cohorte Pairs Aidants Réseau de l'AQRP.

Étant une intervenante qui croit à l'approche par les forces personnelles, j'ai eu l'idée de concevoir un programme de groupe de 12 semaines axées sur les principaux éléments qui m'ont aidée à me rétablir. Entre 2009 et 2019, j'ai rencontré des personnes vivant avec des difficultés récurrentes en santé mentale par le biais d'ateliers de groupe afin de les aider à planifier leur nouveau mode de vie. Je me suis rendu compte que mon vécu semblable au leur suscitait l'espoir.

Selon mon expérience et celle des utilisateurs de services, briser l'isolement est primordial. Savoir que nous ne sommes pas seuls à vivre certaines choses donne des ailes et de la motivation pour nous rétablir. Le partage apporte une vision différente de soi; nous nous considérons enfin comme une personne, non comme une maladie. Je me suis rétablie au moment où je me suis perçue comme une personne ayant des forces et des défis à relever comme tout le monde, malgré mon diagnostic.

Utilisateurs de SIV au cours des 12 dernières années

Pendant ces dix années, j'ai pu constater à répétition les effets positifs qu'il y avait à organiser ces groupes axés sur le rétablissement. Je songeais donc à une méthode pour rendre ce type de groupe accessible à un plus grand nombre de personnes tout en conservant mon équilibre personnel, un des aspects primordiaux pour agir à titre d'intervenante paire aidante.

La fondation du portail d'accompagnement Je me rétablis!

En mars 2020, annonce de confinement... J'ai dû transformer mes rencontres en présence en rencontres virtuelles. La Direction en santé mentale et en dépendances du CISSS de Lanaudière, avec le soutien de ma cheffe d'administration de programmes SIM-SIV-SIS Nathalie Hamel, a accepté la proposition

afin d'agir en prévention de la crise personnelle pendant la crise sanitaire. J'ai donc animé de manière virtuelle les groupes axés sur le rétablissement. Je me suis sentie aussitôt reconnue et encouragée par mon employeur.

Ce vent de confiance m'a conduite à présenter ma nouvelle création : le portail de formation et d'accompagnement *Je me rétablis!* qui inclut des vidéos et des exercices sur chaque thème relié au rétablissement. Le projet pilote a été accepté et c'est en février 2021 que j'ai utilisé le portail *Je me rétablis!* dans le cadre de mes fonctions d'intervenante paire aidante. Les objectifs étaient d'offrir le service de groupe à un plus grand nombre de personnes de Lanaudière et de former les intervenants de SIV afin qu'ils soient outillés pour une intervention sous le signe d'un rétablissement de la santé mentale.

J'ai pu accompagner une cinquantaine de participants entre février 2021 et 2022 pour qu'ils

- comprennent ce que signifie « se rétablir »;
- puissent normaliser leur vécu;
- trouvent de nouvelles solutions pour améliorer leur qualité de vie en faisant face à leur stigmatisation et à leur autostigmatisation;
- connaissent leurs forces afin de les utiliser au quotidien;
- fassent des petits pas vers leurs objectifs;
- sachent comment reprendre le pouvoir sur leur vie;
- apprennent à s'autovaloriser;

tout cela afin qu'ils se créent un mode de vie équilibré et satisfaisant.

La création du portail d'accompagnement *Je me rétablis!* est l'aboutissement de mon plus grand rêve, chéri depuis de longues années : transmettre l'espoir et faciliter la reprise de pouvoir des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale comme j'aurais aimé avoir cette chance lors de mes grandes difficultés.

Pour connaître le contenu du portail d'accompagnement *Je me rétablis!*, visitez le site www.anniebosse.com.

« La création du portail d'accompagnement *Je me rétablis!* est l'aboutissement de mon plus grand rêve, chéri depuis de longues années : transmettre l'espoir et faciliter la reprise de pouvoir des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale comme j'aurais aimé avoir cette chance lors de mes grandes difficultés ».

Les constats actuels du projet pilote 2021-2022 du CISSS de Lanaudière

Entre février 2021 et février 2022, une cinquantaine de personnes ayant reçu un diagnostic correspondant à un problème de santé mentale et vivant avec des difficultés récurrentes découlant de celui-ci ont accepté de participer une fois par semaine à un groupe de rétablissement. Ils ont reçu les codes d'accès du portail de formation *Je me rétablis!* et un calendrier pour se préparer à approfondir les thèmes en groupe pendant 14 ou 20 semaines selon leurs besoins.

C'est un très beau portail. Bravo. Très facile à consulter. J'ai longtemps cherché une démarche aussi bien structurée. Le tutoriel est très bien fait et m'aide beaucoup. J'apprends énormément sur mes forces et mes possibilités. L'interaction était agréable, une confirmation du soutien entre pairs, etc.

Participants des groupes de rétablissement 2021-2022

Dans un second temps, plus de 26 intervenants provenant du SIV et du SIS du CISSS de Lanaudière ont démontré leur intérêt à recevoir une formation en six temps ayant comme objectif d'expliquer les méthodes d'utilisation du contenu du portail *Je me rétablis!*

Après quelques mois, le projet pilote compile des commentaires positifs face à la pertinence d'utiliser cet outil dans le cadre d'interventions en réadaptation psychosociale puisqu'il dénote 95,5 % de satisfaction des intervenants répondants. Les commentaires recueillis soulèvent le fait qu'écouter les vidéos qui expliquent comment effectuer les exercices facilite la mise en application du contenu de ce portail d'accompagnement. Il est aussi mentionné qu'il est facile de le présenter au bon moment à divers utilisateurs de services selon leurs besoins pour semer l'espoir et aborder divers thèmes reliés au rétablissement en santé mentale.

Plusieurs intervenants ont affirmé que ce portail d'accompagnement contient une vaste gamme d'outils simples, concrets, faciles d'utilisation et accessibles à ceux qui vivent avec des difficultés. Il permet de s'identifier au vécu de l'intervenant pair aidant et appuie ce que l'intervenant suggère pour actualiser le plan d'intervention.

Nous avons maintenant une banque d'outils très précieux à notre disposition pour mieux accompagner une personne aux prises avec des difficultés. C'est important de nous connaître, de définir nos rêves, nos priorités, etc. Merci pour cet outil fabuleux!

*Intervenants du SIV du CISSS de Lanaudière
Les résultats de l'évolution du sentiment d'efficacité des 50 participants vers l'amélioration de leur autonomie entre février 2021 et février 2022*

Le sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy) est un concept conçu par le psychologue Albert Bandura. Il désigne les croyances d'une personne sur sa capacité d'atteindre des buts ou de faire face à différentes situations. Nous avons utilisé une échelle psychométrique de 10 éléments auprès des 50 participants au début et à la fin de chaque groupe. Cette échelle a été employée dans de nombreuses études avec des centaines de milliers de participants. Pour en savoir plus : <https://www.ifemdr.fr/sentiment-defficacite-personnelle/>.

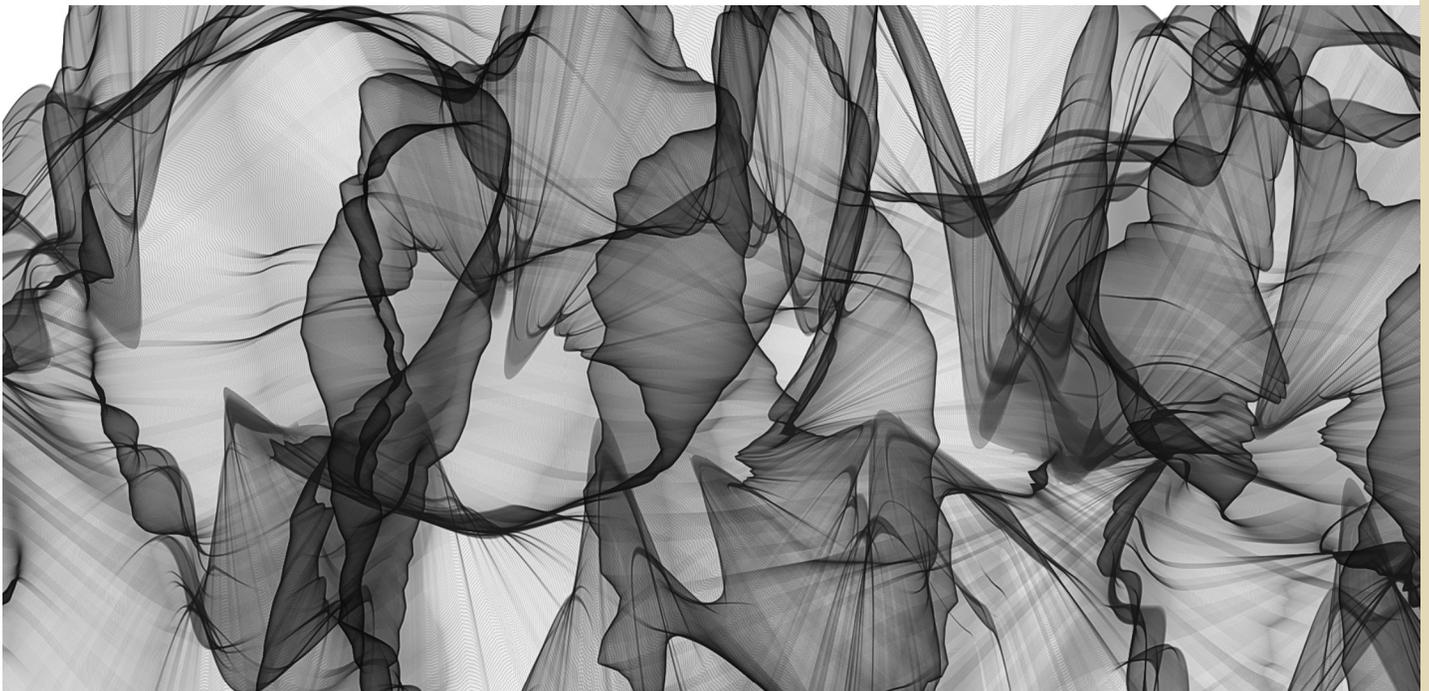


Tableau 1: sentiment d'efficacité personnel

Sentiment d'efficacité moyen 50 participants au début du groupe	Écart moyen après 4 à 6 mois	Sentiment d'efficacité moyen 50 participants à la fin du groupe
56 %	22 % de plus	78 %

Tableau 2: participation et autonomie

Taux de participation 50 participants	88 %
Absences motivées	86 %
Actions qui démontrent une amélioration sur leur qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> • 9 en emploi/études à temps plein • 6 en emploi/études à temps partiel • 7 en démarche d'orientation/recherche d'emploi • 9 engagés dans le travail bénévole • 17 prennent soin de leur équilibre/santé • 2 ont cessé leurs démarches
Total des participants mobilisés/en action	96 %

Nous remarquons la satisfaction et l'augmentation de l'autonomie des participants des groupes par le degré élevé de leur participation, de leur intégration au travail ou aux études et de leurs engagements personnels.

Une fois les activités terminées pour les groupes de 14 ou de 20 semaines, un groupe ouvert est offert virtuellement à raison d'une fois par mois. En mentionnant leurs bons coups et en discutant d'un thème inclus dans le portail de formation *Je me rétablis!*, les anciens participants s'encouragent

à susciter l'espoir d'un rétablissement chez les nouvelles personnes référées par les intervenants du SIV afin de valider leur choix de participer ou non aux prochains groupes de rétablissement de 14 ou de 20 semaines. Depuis le début du groupe ouvert, 33 personnes se sont inscrites et le taux de participation s'élève à 8 participants en moyenne chaque semaine.

Conclusion

L'effet des interventions du pair aidant est encore méconnu. Peu d'études québécoises sur l'apport et les bienfaits des interventions des pairs aidants sont documentées malgré leur incidence favorable. Les pairs aidants demeurent des vecteurs d'espoir qui aident les utilisateurs de services à se mobiliser dans l'action. Par expérience, sans espoir, il est difficile de se réadapter à une vie satisfaisante pour s'intégrer à la communauté. L'intervenant pair aidant aide la personne en difficulté à se sentir moins seule, à se voir comme une personne et non comme une maladie. Ce sont des modèles d'identification et des agents de collaboration qui insufflent un vent de fraîcheur aux équipes qui octroient des services en santé mentale. Leur vision du vécu intérieur de la maladie et du rétablissement est différente et permet aux intervenants, aux professionnels et aux gestionnaires de s'interroger davantage sur la juste et bonne intervention et les meilleurs services afin d'aider les personnes suivies à retrouver leur place dans la société.

Grâce au CISSS de Lanaudière, je me sens privilégiée de pouvoir utiliser mon nouveau portail de formation

Je me rétablis! dans le cadre de mes fonctions d'intervenante pair aidante. Ses membres ont su m'encourager à mettre en place ce projet innovateur de services axés sur le rétablissement que j'aurais aimés recevoir par le passé. Je sais maintenant qu'offrir la possibilité à des personnes vivant avec une problématique en santé mentale d'apprendre à se connaître à l'aide d'exemples vécus, d'outils concrets et d'échanges permet de se voir autrement que comme une maladie et peut faire une grande différence.

En 2022, le projet pilote *Je me rétablis!* se poursuit pour documenter ses effets positifs. Une cinquantaine de nouveaux participants auront l'occasion d'y participer. Le portail d'accompagnement Je me rétablis! pour les intervenants, proches et familles est désormais accessible moyennant une formation de base et une licence d'utilisation. Pour de plus amples renseignements, cliquez sur ce lien : www.anniebosse.com.



Paire aidante : Ma vocation

Audrey Beaulieu, paire aidante



J'ai traversé en 2015 une épreuve marquante liée à la santé mentale. J'ai vécu ce qu'on appelle une « manie psychotique ». Je ne dormais plus, j'étais irritable et je pensais que j'avais une maladie. J'étais certaine d'avoir le cancer et que j'allais mourir. Je me sentais malade physiquement. Je me souviendrai toujours de ce moment dans mon lit d'hôpital, en psychiatrie, où je me voyais

perdue entre deux mondes, entre la réalité et mon délire. Je me souviens d'avoir alors écrit dans un cahier mon désir de devenir paire aidante. J'avais déjà travaillé en collaboration avec une paire aidante pour un organisme communautaire de ma région. Sa personne m'inspirait. Malgré la souffrance et l'incompréhension qui m'habitaient, j'avais de l'espoir, ce qui me motivait à me rétablir. L'espoir d'un avenir meilleur a toujours fait partie de moi et ne m'a jamais quittée, même dans mes périodes les plus sombres.

Dans cet article, j'aborderai mon rôle de paire aidante dans une équipe de suivi intensif dans le milieu (SIM). Je parlerai de mon intégration et des enjeux qui lui sont associés. Je discuterai aussi du fait que

« Avant d'être paire aidante, j'ai travaillé plusieurs années comme éducatrice spécialisée. Je connais donc les services offerts à la fois du point de vue de l'utilisateur et de celui du professionnel ».

je porte un double chapeau. Avant d'être paire aidante, j'ai travaillé plusieurs années comme éducatrice spécialisée. Je connais donc les services offerts à la fois du point de vue de l'utilisateur et de celui du professionnel. Finalement, je glisserai quelques mots sur mon rôle actuel de formatrice à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

J'ai réalisé mon rêve en 2019 en suivant la formation en intervention par les pairs de l'AQRP. Comme si le destin était avec moi, j'ai tout de suite trouvé un emploi comme paire aidante dans une équipe SIM de ma région. J'y ai travaillé pendant un peu plus de deux ans et j'ai beaucoup aimé mon expérience. J'ai eu la chance d'évoluer dans une équipe axée sur le rétablissement. Je sentais que ma vision parfois différente était quand même écoutée et prise en considération. J'avais ma place et j'étais considérée comme un membre à part entière.

Mon intégration s'est très bien déroulée. Elle m'a permis de clairement définir mon rôle auprès de l'équipe. Trois éléments ont contribué à cette réussite. Premièrement, l'AQRP m'a supervisée pendant trois mois. Cela m'a permis d'assimiler la matière apprise pendant le cours et de la mettre en pratique grâce à un soutien adéquat. Deuxièmement, le fait qu'un pair aidant travaillait dans l'autre équipe SIM m'a vraiment simplifié la tâche. Pour moi, ce pair est devenu un mentor et une personne de référence pour mon travail. Finalement, j'ai eu, comme tout nouvel employé, de la supervision de la part de ma coordonnatrice clinique. Nous avons pris le temps de bien définir mon rôle et mes tâches. Ce rôle était véritablement en lien avec ce que j'avais appris grâce à la formation de pair aidant.

On m'a donné la chance de partager au mieux mon expérience avec les autres et d'appliquer les techniques propres à l'intervention par les pairs. L'accompagnement était ce que j'aimais le plus dans

mon travail. J'ai beaucoup appris en recevant les confidences de mes pairs. J'ai également exercé le rôle d'intervenante-pivot. Je guidais les gens avancés dans leur rétablissement à travers cette transition vers l'autonomie où les services offerts sont moins nombreux. J'avais aussi le mandat de créer un filet de sécurité avec toutes les personnes aidées. Ce filet de sécurité permet d'évaluer le plan d'équilibre quotidien : des actions concrètes pour se faire du bien comme, pour ma part, faire des marches régulièrement. Il permet aussi d'évaluer la gravité des symptômes. Finalement, il met en place un plan clair en cas d'apparition de ces symptômes. Par exemple, dans mon cas, passer du temps en famille m'aide à me rétablir.

J'ai terminé un baccalauréat en psychoéducation en 2011 et j'ai travaillé plusieurs années comme éducatrice spécialisée pendant mes études de 2010 à 2013 et après mon rétablissement de 2017 à 2019. Il a été difficile d'obtenir un emploi comme éducatrice spécialisée après avoir reçu un diagnostic en santé mentale. J'avais réussi le processus d'entrevue et l'examen écrit. Dans la procédure d'embauche, je devais remplir un formulaire pour le bureau de santé. Sur le formulaire, il y a des questions comme « Avez-vous un diagnostic? », « Avez-vous été hospitalisé dans les deux dernières années et pourquoi ». J'ai répondu honnêtement. De cette honnêteté a découlé un an de démarche avec l'employeur. J'ai dû donner accès à mon dossier médical, fournir une lettre de mon psychiatre attestant de ma stabilité et rencontrer le professionnel de la

« La pair-aidance est très différente de l'éducation spécialisée, car je dois maintenant me dévoiler et m'exposer comme une personne vivant avec un problème de santé mentale. Le fait de partager mon histoire crée des liens rapides et de proximité avec les personnes aidées ».

santé. Toutes ces démarches m'ont fait vivre de l'anxiété et des émotions fortes. J'avais même peur de retomber. J'ai persévéré et j'ai finalement travaillé deux ans pour le réseau public.

Pendant mes premiers mois de travail comme paire aidante, je vivais beaucoup de conflits intérieurs à cause du décalage entre ce que j'avais appris dans mes études universitaires et dans ma formation de paire aidante. Pendant des années, comme éducatrice, je cachais mes problèmes de santé mentale et je gardais une distance professionnelle avec les gens que je voulais aider. Mes troubles de santé mentale, à cette époque, ne m'ont jamais menée vers de longs arrêts de travail.



La pair-aidance est très différente de l'éducation spécialisée, car je dois maintenant me dévoiler et m'exposer comme une personne vivant avec un problème de santé mentale. Le fait de partager mon histoire crée des liens rapides et de proximité avec les personnes aidées. J'ai dû vivre une période d'adaptation pour bien m'ancrer dans mon rôle et être à l'aise avec son caractère particulier. En me faisant confiance et avec du soutien, j'ai acquis une aisance dans mon travail. Je voyais les bienfaits des liens de proximité avec les personnes aidées. Le fait aussi de m'afficher a réduit mes conflits intérieurs. Je me sentais moi-même pendant mon travail et cela a permis de me libérer de mon autostigmatisation. Cela a contribué à augmenter mon sentiment de compétence et mon estime personnelle.

Le fait de me dévoiler à mes collègues m'a aussi permis de créer des liens professionnels forts et même des relations d'amitié. Me sentir à ma place

Crédit photo : Ruvim.

« Il existe toujours un risque de subir de nouveaux épisodes de maladie, même si notre vie est équilibrée. Il est important de bien se préparer, avec le gestionnaire du milieu de travail, pour affronter cette éventualité ».

m'aidait à bien interagir avec tous. J'ai vécu dans le passé, dans d'autres équipes de travail, plusieurs conflits et sentiments d'exclusion. Je crois que je m'excluais moi-même et que le poids de mes secrets m'empêchait d'être libre intérieurement. Mes collègues ont entendu mon histoire sans me juger. Ma formation de paire aidante m'avait bien préparée à me dévoiler à mon équipe de travail. Découvrir l'histoire des autres membres de ma cohorte m'a donné confiance. J'étais pour mon équipe un modèle d'identification et d'espoir. Le fait de me sentir acceptée et de jouer un rôle fait sur mesure pour moi a contribué à mon attachement envers mon milieu de travail et m'a donné le désir de me dépasser.

Que se passe-t-il lorsqu'il y a apparition de symptômes de la maladie au travail? J'ai présenté des symptômes dépressifs et vécu un épisode d'ajustement de médicaments en 2019. J'avais de la difficulté à me concentrer, j'étais distraite sur la route et je brûlais des feux rouges. J'étais aussi habitée par un sentiment de tristesse. Mon corps me faisait souffrir. J'avais mal partout. Après avoir discuté avec mon psychiatre, nous avons tenté un changement de médication. Pendant ce temps, mes tâches au travail ont été réduites. Mon psychiatre m'interdisait de passer beaucoup de temps en voiture, ce qui posait un problème majeur, car la majorité des rencontres avec les personnes aidées se faisait à domicile. Je ne me sentais plus à ma place dans l'équipe. Il est important pour moi d'être efficace et performante, et je n'avais plus cette impression au travail. J'avais le sentiment d'abandonner mon équipe. Avec le recul,



« J'ai prononcé la phrase suivante : « Levez-vous si vous connaissez une personne vivant avec un problème de santé mentale ou si, vous-même, vous avez ce diagnostic ». Tous les gens dans la salle se sont levés... »

si je pouvais revenir en arrière, je choisirais un arrêt de travail complet. J'ai montré de la fragilité et cela a été mal perçu. Il aurait été préférable que je prenne un temps de pause suffisant pour être en mesure de revenir le plus rapidement possible à ma pleine mesure.

Il existe toujours un risque de subir de nouveaux épisodes de maladie, même si notre vie est équilibrée. Il est important de bien se préparer, avec le gestionnaire du milieu de travail, pour affronter cette éventualité. De bien communiquer également avec son gestionnaire et d'être transparent pour mieux évoluer dans son milieu de travail. Il ne faut pas hésiter à demander de l'aide et à parler avec la bonne personne s'il y a apparition de symptômes. Je suggère aux gens en emploi de remplir eux aussi un filet de sécurité¹ pour le travail et de le transmettre à leur gestionnaire. Le filet est un outil de communication simple.

D'octobre 2021 à juin 2022, j'ai travaillé comme chargée de projet pour le programme Pairs Aidants Réseau. Cela faisait partie de mes rêves et de mes objectifs. Pendant ma formation, j'avais parlé de mon intérêt pour former les futurs pairs aidants au Québec. Je voulais par mon expérience de travail et mon savoir expérientiel enrichir la formation.

¹ Le filet de sécurité est un outil de rétablissement pour la prévention et la gestion des symptômes. Il est rédigé par la personne qui vit avec une maladie mentale et il est remis à des personnes significatives de son entourage. Ces gens deviennent les sentinelles du filet de sécurité au quotidien. (Colombe St-Louis, paire aidante)

On m'a donné cette chance et j'ai obtenu un premier contrat en 2020. J'étais heureuse de pouvoir faire partie des formateurs officiels. Quand un poste s'est ouvert à l'AQRP, j'ai su qu'il était pour moi. Je me voyais déjà faire de grandes choses pour propulser la pair-aidance dans la province. Je suis une femme déterminée qui a des projets plein la tête. J'aimerais, entre autres, favoriser le sentiment d'appartenance entre pairs aidants grâce à des journées de mises en réseau. Il est important aussi pour moi de mettre constamment la formation à jour pour offrir le meilleur soutien possible aux pairs aidants. J'espère par ma pratique devenir un modèle inspirant pour mes pairs.

Le rétablissement est un processus continu qui nous permet de constamment en apprendre sur nous. Je me suis rendu compte que pour être épanouie dans ma vie et maintenir un équilibre, je devais avoir des liens sociaux réguliers et un cadre pour me motiver. J'aimais beaucoup mon emploi à l'AQRP, mais le contexte de télétravail n'était pas pour moi. Il avait des répercussions négatives sur mon équilibre de vie. C'est pourquoi j'ai réintégré un emploi de paire aidante dans une équipe SIM en mai 2022. Je suis toujours en lien avec l'AQRP comme formatrice.

Pour moi, avoir des problèmes de santé mentale est maintenant quelque chose de positif, car cela me permet d'évoluer dans un milieu de travail qui me rend fière.

Devant 300 personnes, j'ai eu la chance de faire un témoignage sur mon parcours durant un souper de la Fondation Roland-Beaulieu. J'ai prononcé la phrase suivante : « Levez-vous si vous connaissez une personne vivant avec un problème de santé mentale ou si, vous-même, vous avez ce diagnostic ». Tous les gens dans la salle se sont levés... J'ai vécu une émotion indescriptible! Je n'étais plus seule à me battre... Il est important pour moi de briser les tabous et de dire haut et fort que je suis rétablie. Je suis une personne qui n'hésite pas à partager avec les autres mon parcours et à donner des conférences. Je vous invite maintenant à parler de votre histoire pour vaincre enfin la stigmatisation. Merci!

Une initiative québécoise innovante

La ligne Pairs Aidants J'écoute

Danielle Lachance, adjointe administrative

Contexte

Au tout début du grand confinement lié à la pandémie de COVID-19, l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) a mis en place un projet pilote portant sur un service d'écoute téléphonique fourni par des pairs aidants, une ligne d'écoute dite « de confort » et reconnue dans la documentation en pair-aidance, appuyée par des expériences vécues ailleurs et des données probantes disponibles. Ce service original et complémentaire avait pour but de diminuer la détresse chez les personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale. Ce projet, mené du 26 mars au 30 juin 2020 a fait l'objet de commentaires positifs de la part des appelants, des répondants, des organisateurs et de divers et nombreux partenaires. Pour cette raison, toute l'équipe espérait voir une suite à cette première initiative au Québec, ce qui dépendait d'un soutien financier.

C'est avec enthousiasme que le service de Pairs Aidants J'écoute a pu redémarrer ses activités le 12 juillet 2021 dans le cadre d'un projet francophone pancanadien. Ceci a été possible grâce au soutien d'Espace mieux-être Canada (Wellness Together Canada), un portail créé en réponse à l'augmentation des problèmes de santé mentale et de consommation de substances en raison de la pandémie. L'AQRP a donc été invitée à collaborer à ce projet pancanadien, sous la gouverne de Stepped Care Solutions (Modèle de soins par paliers), en agissant comme service d'accès à une ligne dite de confort pour le Québec et pour la population francophone hors Québec, une ligne dont les répondants sont des pairs aidants certifiés. Ceci a donc permis d'offrir à nouveau le service de Pairs Aidants J'écoute par la réactivation

d'une ligne quatre heures par jour, de 16 h à 20 h, sept jours par semaine. La progression de l'achalandage du service a permis d'activer en novembre 2021 une seconde ligne de 15 h à 21 h. Les pairs aidants certifiés sont donc de retour à l'écoute pour tous les francophones du Canada au 1 888 974-PAIR (7247), 7 jours par semaine, de 15 h à 21 h!

Les lignes d'écoute dont les répondants sont des pairs aidants sont généralement identifiées comme des lignes « de confort ». Elles sont désignées dans la documentation scientifique anglophone et dans la pratique par l'expression « warm lines » (« lignes tièdes »), en contraste avec les « hotlines » (« lignes brûlantes ») qui, elles, sont davantage axées sur la gestion de crise. Elles diffèrent des lignes traditionnelles d'écoute en santé mentale par le fait que les répondants sont des « pairs » par opposition aux services d'écoute fournis par des intervenants qualifiés de « non-pairs » (« non semblables » aux yeux de certaines personnes vivant avec un trouble mental). Les personnes qui font appel à la ligne ne sont pas en crise, mais expriment le besoin de simplement verbaliser ce qu'elles ressentent avec quelqu'un.

Ce qui rend la ligne Pairs Aidants J'écoute si particulière

Durant le projet pilote du début de la pandémie qui a duré 95 jours, les pairs aidants ont su mettre en valeur la qualité et la particularité de leur soutien. La réouverture de la ligne, il y a un peu plus d'un an maintenant, a permis d'explorer davantage et de confirmer la particularité de cette ligne d'écoute.

Comme pour toutes les lignes de confort, que le répondant soit un pair aidant ou un intervenant traditionnel, on y retrouve l'écoute, l'accueil, la compassion. En revanche, ce qui rend la ligne Pairs Aidants J'écoute si spéciale, c'est le type d'intervention différent, permettant de mettre l'accent sur la capacité de s'identifier à un pair ayant vécu des difficultés similaires, de trouver un modèle d'identification ou encore de partager des expériences ou des outils de rétablissement, comme en témoignent certains commentaires d'appelants laissés sur la boîte vocale de la ligne depuis sa réouverture :

Je voulais simplement dire que j'apprécie beaucoup le fait que je puisse parler à des personnes qui ont un vécu, un parcours de rétablissement, qui ont elles-mêmes des diagnostics. C'est beaucoup plus normalisant puis c'est beaucoup plus facilitant, donc moi ça m'aide (...) c'est du cinq étoiles! Merci!

Je n'appelle pas nécessairement toutes les semaines la ligne d'aide, mais chaque fois que je l'ai utilisée, c'est comme... ça m'a aidé un petit peu (...) à me déstigmatiser, je dirais, en parlant avec une personne qui a vécu ou qui vit des choses qui sont dans disons la même grande catégorie de ce que je vis. Fait que ça m'aide à me déstigmatiser avant de me rendre à mes rendez-vous chez les professionnels.

Le fait de vivre avec une situation similaire permet donc de se sentir moins seul, moins différent, moins « à part », donc moins isolé.

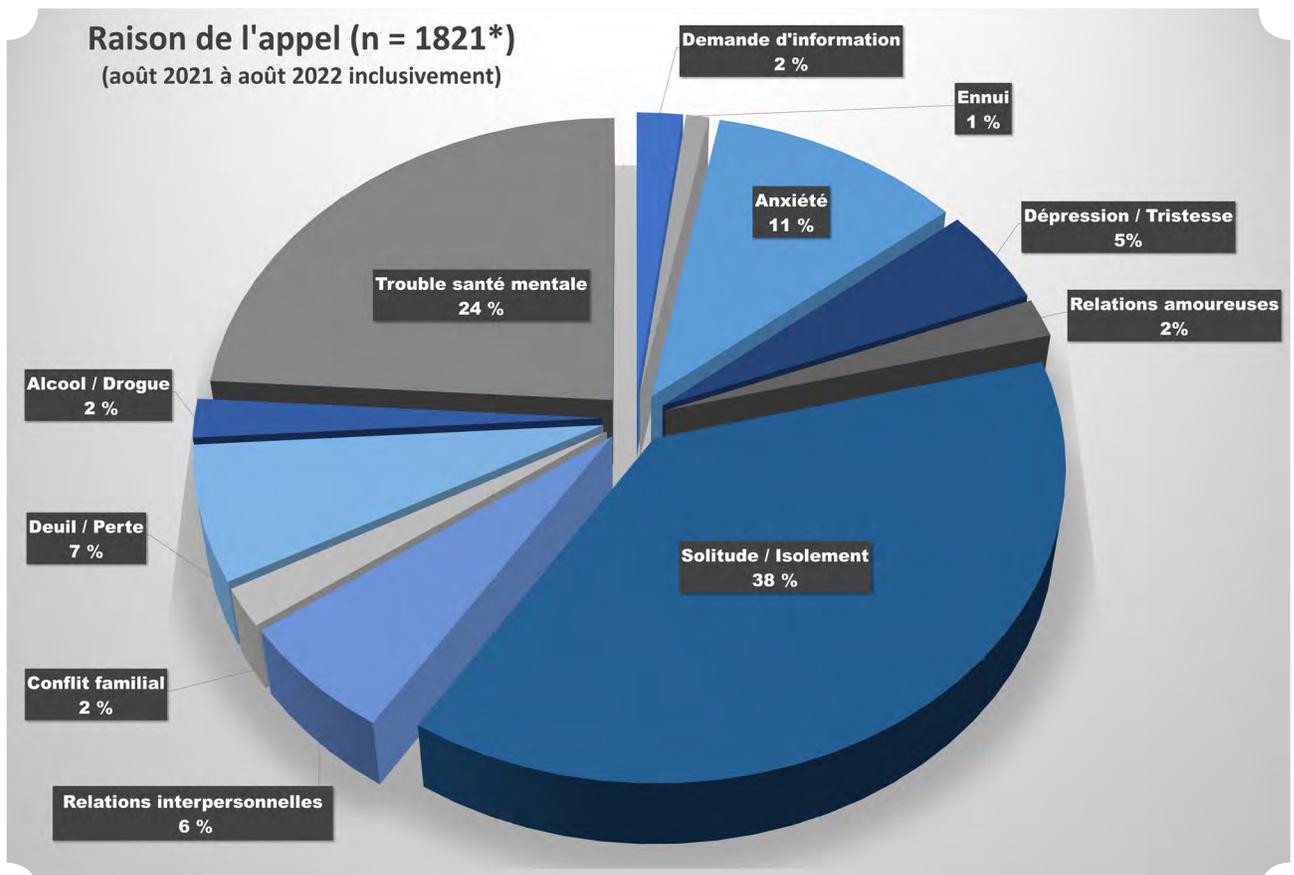
Crédit photo : Lena Khru Pina.



De fait, les raisons d'appel reflètent cette particularité. En effet, selon les statistiques compilées depuis la réouverture de la ligne, 24 % des appelants souhaitent parler de leur problématique de santé mentale, cette raison venant en deuxième place tout juste après la solitude et l'isolement (38 %). Toutes les autres catégories de raisons d'appels viennent loin derrière et représentent moins de 10 % des appels, exception faite de l'anxiété (11 %; voir graphique ci-dessous). Ces catégories créées par Espace mieux-être Canada (Wellness Together Canada) s'appliquent à toutes les lignes de confort, qu'elles soient animées par des pairs ou des intervenants traditionnels. Cependant, les appelants de la ligne Pairs Aidants J'écoute sont

nombreux à vouloir échanger par rapport à leur problématique de santé mentale, et, à part la solitude, les autres raisons d'appels sont minoritaires.

Les personnes qui appellent pour un trouble de santé mentale ne vivent pas toutes une rechute ou une recrudescence de leurs symptômes. En fait, plusieurs d'entre elles s'interrogent sur leur problème de santé ou s'en inquiètent et désirent partager leurs préoccupations avec un pair qui a lui-même une expérience similaire. Toujours selon nos statistiques, les préoccupations suivantes ont été répertoriées en lien avec



*Appels pour lesquels la raison a pu être documentée.

- l'annonce d'un nouveau diagnostic;
- la prévention ou la gestion des symptômes;
- le partage d'outils de rétablissement et d'autogestion;
- la possibilité de se rétablir;
- la stigmatisation ou l'autostigmatisation;
- les effets secondaires des médicaments et la gestion de ceux-ci;
- les relations avec les professionnels de la santé.

Les répondants peuvent intervenir non seulement par l'écoute active, mais également par des interventions propres à la paire aidance, dont, entre autres, l'autodivulgateur, qui est souvent même demandée d'emblée par les appelants. Le partage d'outils et la recherche conjointe de solutions basées sur l'expérience sont également beaucoup utilisés. Pour des pairs qui n'ont pas accès à des pairs aidants dans leur milieu, la ligne Pairs Aidants J'écoute est donc un outil très valorisé. Il n'est pas question naturellement d'accompagner à long terme le rétablissement de la personne. En revanche, des habitués de la ligne finissent par tisser des liens avec les répondants et par leur parler de leurs succès ou de périodes plus difficiles dans leur parcours de rétablissement.

C'est dans la catégorie des appelants qui vivent de la solitude et de l'isolement que l'on retrouve le plus grand nombre de « réguliers ». Ceux-ci peuvent appeler une fois par semaine (quelques-uns même chaque jour) seulement pour briser l'isolement. La ligne leur procure un point d'ancrage. Ils savent qu'ils n'ont pas besoin de s'inventer un problème pour appeler. Ils peuvent même appeler pour dire que cela va bien!

En conclusion, forts de cette expérience de plus d'un an depuis la réouverture de la ligne, nous croyons que ce service, du fait de sa particularité (offert par des pairs pour des pairs), est complémentaire à l'offre traditionnelle de services de soutien téléphonique et répond à un besoin important, indépendamment de la crise pandémique. La ligne est très appréciée et les messages laissés sur la boîte vocale en témoignent. En voici quelques-uns :

Je veux juste vous dire Bravo! Un gros merci pour votre aide.

Merci d'être là et de m'avoir écouté et à une prochaine fois.

Bonjour, je vous appelle pour vous encourager à continuer.

Bonjour, je viens de vous appeler, puis je voulais juste vous dire que ça m'a beaucoup aidée puis je me sens mieux face à mon problème à moi, donc je suis vraiment contente que vous êtes [sic] là. Merci beaucoup.

Je voulais vous dire que j'aimais beaucoup votre ligne d'écoute, les gens sont aimables, compréhensifs... Je trouve ça fabuleux, génial, d'avoir sorti une ligne comme ça. Je vous remercie beaucoup.

J'appelle de Montréal pour vous dire que j'aime beaucoup votre ligne d'écoute et les pairs aidants sont vraiment aidants. Quand on veut parler de quelque chose qu'on ne veut pas dire à tout le monde, c'est vraiment intéressant... Je suis très satisfaite et la personne qui a pensé faire une ligne d'écoute à travers le Canada pour les personnes qui ont un problème en santé mentale, c'est génial.

J'ai été ravie d'avoir eu quelqu'un pour m'aider à comprendre quelque chose et à moins m'en faire pour une amie... Et je suis ravie de savoir qu'il existe une « ligne ouverte » pour des personnes ayant vécu ou qui vivent avec un problème de santé mentale et qui ne peuvent pas se confier à tout le monde.

C'est formidable d'avoir une ligne comme ça! Je veux vous dire que j'apprécie beaucoup votre ligne téléphonique.

Je vais vous dire ce que je pense de votre ligne, c'est extraordinaire, je m'en sers quand même assez souvent, j'aime ça... C'est important d'avoir une ligne comme la vôtre.

Ah! quel dommage, j'avais vraiment besoin de parler à un pair aidant. Je croyais que ça terminait à 22 h... Si mon commentaire peut vous aider à aller chercher plus de fonds pour avoir des heures plus longues. Merci beaucoup, ça m'aide.

Recherche en cours

Expérience de travail et rôle des pairs aidants en milieu communautaire et institutionnel dans les villes de Montréal et de Québec

Julien Tousignant-Groulx, chercheur, étudiant au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

Émilie Pigeon-Gagné, chercheuse à l'Université du Québec à Montréal

Henri Dorvil, chercheur principal, professeur à l'Université du Québec à Montréal

Gilles Dupuis, chercheur, professeur à l'Université du Québec à Montréal

Michelle Clément, chercheuse externe

Voici une petite mise à jour sur la progression de notre projet de recherche sur l'expérience de travail et le rôle des pairs aidants dans les villes de Montréal et de Québec.

Notre projet, financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, examine la place consentie aux pairs aidants dans le cadre de leur travail.

Le milieu communautaire et le milieu institutionnel sont comparés.

Notre hypothèse stipule que le premier serait plus favorable à l'expression de l'expérience, outil d'intervention privilégié des pairs aidants, que le second.

Trois dimensions sont analysées :

1. La spécificité des pratiques des pairs aidants
2. Les besoins qui incitent les gestionnaires d'un programme à recourir à l'expertise des pairs aidants
3. Ce que les pairs aidants retirent de significatif de leur expérience par rapport à l'estime de soi, à l'identité, à la qualité de vie personnelle et à la qualité de vie au travail

Nos questions de recherche sont les suivantes :

1. Qu'est-ce qui motive les gestionnaires d'un programme à recourir aux services des pairs aidants?
2. Comment est-ce que les pairs aidants se perçoivent dans leur travail?
3. Comment la reconnaissance vécue par les pairs aidants, leurs pratiques et leur savoir expérientiel agissent sur la transformation de leur identité, dans le passage d'usager à pair aidant?
4. Quelles sont les conditions structurelles freinant ou favorisant leur réalisation personnelle/professionnelle et leur estime de soi, et quelles sont les conséquences de ces conditions sur leur qualité de vie personnelle et leur qualité de vie au travail?
5. Y a-t-il une reconnaissance différente du travail accompli selon que l'on œuvre en milieu communautaire ou institutionnel, et comment cette reconnaissance est associée à la qualité de vie personnelle et à la qualité de vie au travail?



Notre projet de recherche comporte deux parties :

1. Des entrevues auprès de pairs aidants issus de milieux variés (travail du sexe, santé mentale, itinérance, toxicomanie...)
2. Des questionnaires sur la qualité de vie personnelle, la qualité de vie au travail, la reconnaissance au travail et la santé psychologique de pairs aidants du milieu communautaire ou institutionnel

Nous avons entrepris le recrutement des pairs aidants ayant contribué au projet de recherche à partir de 2019. Le lien entre la recherche et le milieu terrain a été possible grâce à la précieuse collaboration des pairs aidants de même que des pairs aidants formateurs et gestionnaires d'organismes comme l'AQRP, l'AMPAQ, STELLA, LUNE, GIAP, etc., pour n'en nommer que quelques-uns. La collecte de données s'est étendue jusqu'en 2021, à la suite d'un ralentissement durant la pandémie de COVID-19.

Pour les entrevues, 22 pairs aidants du milieu institutionnel (CIUSSS, milieu hospitalier) ou du milieu communautaire dans les villes de Montréal et de Québec ont été rencontrés. Nous avons obtenu leur perspective sur leur rôle au sein de leur milieu de travail, les défis liés à la pratique de la pair-aidance et les facteurs qui facilitent leur travail. L'analyse des thèmes communs des récits des pairs a été réalisée et nous sommes désormais à l'étape de la rédaction des résultats.

Pour les questionnaires, nous avons rejoint 73 pairs aidants. La collecte de données a été effectuée jusqu'au début de 2022 et l'analyse des résultats est présentement en cours. La rédaction de rapports est prévue durant la prochaine année. Dans le cadre de son projet de thèse, Julien Tousignant-Groulx observe aussi la qualité de vie et la santé psychologique chez les pairs aidants et chez les intervenants en soins de santé (paramédics, infirmières, médecins).

L'importance du soutien par les pairs pour la croissance post-traumatique et la générativité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale



Gerald Jordan, Ph. D.



Fiona Ng, Ph. D.



Robyn Thomas, M. Sc.

NOTE DE L'ÉDITEUR

En général, lorsqu'on parle de l'apport potentiel du pair aidant dans une équipe, on ne mentionne pas clairement les bénéfices liés au fait d'avoir vécu une croissance post-traumatique. Pourtant, pour plusieurs d'entre nous, il s'agit de l'une des principales sources de notre savoir expérientiel et, par conséquent, de notre intervention.

Par exemple, pour moi, me libérer graduellement de la souffrance grâce à mon processus de croissance post-traumatique change complètement ma perception de la vie et me permet de me réinventer. Je ne suis presque plus hanté par les catastrophes du passé et je deviens, en quelque sorte, pleinement moi-même, à la fois libre et responsable de mes choix.

C'est cette incroyable métamorphose qui rend si naturelle la générativité ou la propension à redonner à son prochain. L'intervention par les pairs repose avant tout sur l'empathie pour des gens qui vivent des épreuves incroyablement douloureuses, semblables à certains égards aux nôtres.

C'est aussi la certitude que non seulement le rétablissement est possible, mais que malgré tous les obstacles, cette expérience pleine de rebondissements est en fin de compte extrêmement enrichissante et porteuse d'une vie nouvelle.

Enfin, c'est grâce à cette croissance post-traumatique, à la nouvelle forme d'ouverture au monde qu'elle implique et aux prises de conscience personnelles qu'on mesure toute l'importance de l'entraide entre pairs comme source unique d'inspiration et d'espoir. Tout ce cheminement constitue une référence intime de choix lorsqu'on veut devenir pair aidant et intervenir avec professionnalisme dans un milieu de soins en santé mentale.

Les problèmes de santé mentale sont souvent façonnés par la pauvreté et les inégalités sociales, politiques et économiques. Ces inégalités et les problèmes psychologiques qui en découlent peuvent causer une énorme souffrance et empêcher les gens de participer pleinement à la vie de leur communauté. Au cours des vingt dernières années, des efforts ont été déployés pour aider les personnes à se rétablir de leurs problèmes de santé mentale. Pour certaines d'entre elles, le rétablissement peut signifier ne plus vivre les expériences associées à un problème de santé mentale (par exemple, entendre des voix pénibles que d'autres n'entendent pas). D'autres voient le rétablissement comme un processus non linéaire permettant de vivre une vie pleine et correspondant à leurs choix malgré de telles expériences.

L'objectif de cet article est de décrire une approche relativement nouvelle pour aider les gens à vivre pleinement et utilement la vie qu'ils ont choisie dans leur communauté. Plus précisément, nous nous concentrons ici sur la description de nos recherches qui montrent comment les gens peuvent utiliser leurs problèmes de santé mentale pour apporter des changements positifs et transformateurs dans leur vie et leur communauté. Nos recherches soulignent également comment la lutte contre diverses inégalités peut faciliter de tels changements. Tout au long de cet article, nous précisons les façons spécifiques dont ces changements peuvent être soutenus par les pairs aidants, qui ont depuis longtemps un rôle important à jouer pour appuyer les gens dans leur démarche de rétablissement en se basant sur leur propre expérience, en aidant les gens à surmonter les obstacles à la participation sociale et à naviguer dans le système de soins de santé.

Croissance post-traumatique

De nombreuses études ont montré qu'en plus d'éprouver des pertes et de la souffrance, les gens décrivent des changements positifs et transformationnels à la suite d'une série d'événements traumatiques, comme la guerre, les catastrophes naturelles et les problèmes de santé physique^{1, 2, 3}. Au cours des dix dernières années, la recherche a également indiqué que les gens peuvent vivre des changements positifs et transformationnels à la suite de problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et la psychose. Plusieurs cadres conceptuels expliquant comment se produit un changement positif et transformationnel ont été créés. Le cadre le plus courant pour décrire

« La croissance post-traumatique se produit dans au moins cinq domaines, notamment une plus grande appréciation de la vie, des relations plus étroites et plus intimes avec les autres, une force personnelle accrue, de nouvelles possibilités et de nouveaux chemins de vie, et une plus grande croissance spirituelle ou existentielle ».

ce type de changement est celui de la croissance post-traumatique, définie comme les changements psychologiques positifs qui se produisent après une lutte intense contre l'adversité, un événement négatif ou un traumatisme. La croissance post-traumatique se produit dans au moins cinq domaines, notamment une plus grande appréciation de la vie, des relations plus étroites et plus intimes avec les autres, une force personnelle accrue, de nouvelles possibilités et de nouveaux chemins de vie, et une plus grande croissance spirituelle ou existentielle⁴. Comme cela est exposé ci-dessous, les pairs aidants ont un rôle important à jouer pour faciliter la croissance post-traumatique.

Nos propres travaux sur la croissance post-traumatique à la suite d'une psychose ont établi que les gens évoluent de diverses manières à la suite de leurs difficultés. Nous avons utilisé des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes pour comprendre la croissance post-traumatique chez les personnes qui ont connu un premier épisode de psychose et chez celles qui en ont vécu plus d'un. Collectivement, notre recherche s'appuie sur l'expérience de cent personnes vivant au Québec, en Écosse ou en Angleterre entre 2015 et 2021.

De nombreux participants interrogés ont estimé que le fait de passer par une expérience difficile comme la psychose les avait aidés à se sentir plus authentiques, plus matures et plus forts. Plusieurs ont alors noué avec les autres des liens plus serrés caractérisés par une ouverture, une empathie et une gentillesse accrues. Certains ont également mis fin à des relations avec des personnes jugées abusives,

toxiques ou superficielles, surtout si les échanges étaient si dommageables qu'ils ont pu contribuer à leur psychose. En outre, beaucoup ont amorcé de nouveaux chemins et objectifs de vie. Ils ont entrepris des activités et des passe-temps différents ainsi que des carrières et des études plus significatives. Enfin, beaucoup ont connu une croissance spirituelle ou religieuse après avoir souffert d'une psychose. Par exemple, certains ont créé un lien plus fort avec Dieu ou sont devenus plus conscients de l'importance des questions existentielles. Voici une citation illustrant la croissance post-traumatique :

Et je pense que ce que je suis, et mon sens du moi en ce moment, est quelqu'un qui est beaucoup plus confiant, qui est beaucoup plus fort, et qui valorise tout ce qui rend ma vie possible beaucoup plus qu'avant. Parce que, maintenant, je sais qu'il y a une autre option, et cette option est d'avoir... des doutes constants sur le fait que je mérite ou non d'exister, basés sur la dépression qui est arrivée... Et cela signifie que... si je ne voulais pas être ici, je ne serais pas ici, alors je devrais avoir cette mentalité dans tout ce que je fais.⁵ (Traduction des auteurs, p. 7)

Les connaissances expérientielles tirées de ces changements peuvent constituer une partie très importante des outils des pairs aidants. En effet, nous pensons que ceux-ci sont bien placés pour soutenir la croissance post-traumatique de différentes manières. Par exemple, pour favoriser la croissance post-traumatique des personnes ayant des problèmes de santé mentale, les pairs aidants peuvent encadrer les expériences de celles-ci comme une occasion de croissance et de transformation ou les aider à



Crédit photo : Hulki Okan Tabakzgye.

« Les modèles qui valorisent et reconnaissent les diverses perspectives et interprétations culturelles de la détresse (par exemple, le dialogue ouvert, le réseau sur l'entente de voix) sont souvent perçus comme plus utiles et peuvent faciliter la croissance et la transformation positive après une psychose ».

comprendre ce que ces expériences signifient pour elles. De même, le fait de se sentir capable de faire face à une expérience difficile et d'avoir le sentiment d'être en voie de guérison peut favoriser la croissance. La croissance post-traumatique s'étend au-delà de la détresse des symptômes ressentis, la recherche ayant montré que le fait de forcer les gens à adopter le modèle biomédical et à pathologiser leurs expériences peut accroître la détresse⁶. Les modèles qui valorisent et reconnaissent les diverses perspectives et interprétations culturelles de la détresse (par exemple, le dialogue ouvert, le réseau sur l'entente de voix) sont souvent perçus comme plus utiles et peuvent faciliter la croissance et la transformation positive après une psychose. Les modèles alternatifs peuvent aider les individus à s'approprier l'histoire de leur vie, ce qui leur permet de donner un sens à leurs expériences et de reconstruire leur sens de l'identité. Il est important de noter qu'une charte internationale sur le soutien par les pairs, récemment établie, a identifié le soutien de modèles alternatifs de détresse comme étant une caractéristique essentielle de l'appui prodigué par les pairs⁷.

En outre, nos recherches montrent que la croissance post-traumatique après une psychose est favorisée par un soutien chaleureux et attentionné de la part de la famille, des amis, des partenaires romantiques avec ou sans expérience des problèmes de santé mentale. Il est essentiel que ces personnes soient simplement « là » pour soutenir les individus vivant avec des troubles psychologiques, qu'elles les écoutent et qu'elles leur donnent l'occasion d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments. Ces relations peuvent constituer la base, ou un espace sûr, où ces individus peuvent se sentir en sécurité et capables d'explorer le sens profond de leurs expériences.

Nous avons constaté que les services de santé mentale peuvent également faciliter la croissance post-traumatique. Les personnes interrogées ont décrit comment leur croissance post-traumatique a été facilitée par le fait de recevoir des soins chaleureux et compatissants, d'être véritablement écoutées et d'être traitées comme des êtres humains normaux qui ont le potentiel de s'améliorer et de se rétablir. Nous avons noté que différents types de services de santé mentale peuvent également faciliter la croissance post-traumatique, notamment la psychothérapie ainsi qu'une série de services qui s'attaquent aux inégalités sociales et économiques plus larges, comme l'accessibilité à un logement.

Voici la citation d'une personne qui a décrit comment le fait de considérer la psychose comme une source d'information significative a favorisé sa croissance post-traumatique :

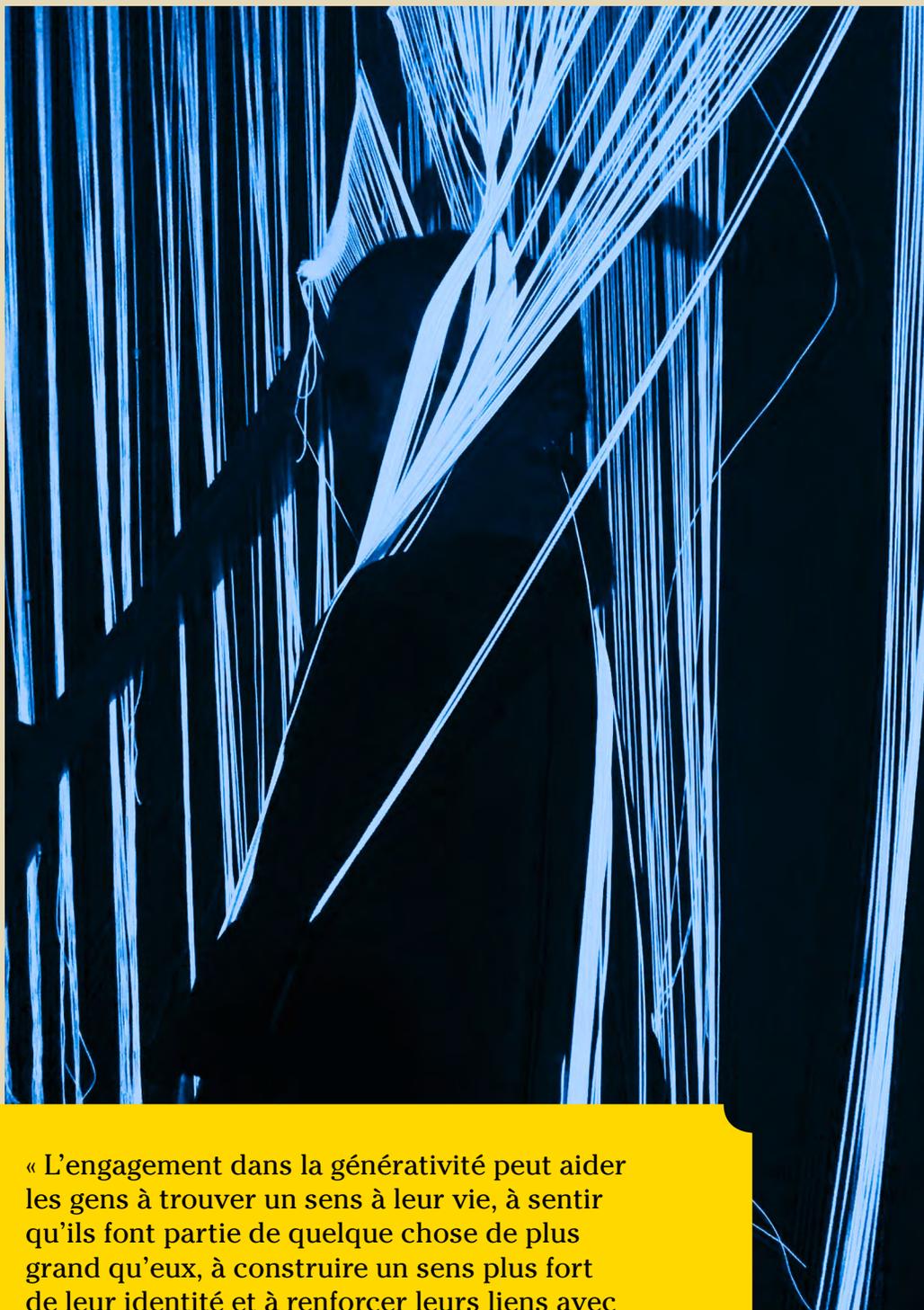
C'est une information [sur la psychose]. J'ai l'impression d'être à un stade où je suis capable de recevoir des renseignements sur ce qui se passe vraiment chez moi, et puis maintenant, je ne suis plus dans cet état, alors je dois prendre l'information que je recevais et essayer de l'appliquer à la réalité.⁸ (Traduction des auteurs, p. 11)

Générativité

Nos recherches ont montré qu'au fil du temps, de nombreuses personnes qui connaissent une croissance post-traumatique souhaitent de plus en plus « redonner » aux autres. En particulier, elles veulent aider d'autres personnes, s'engager dans un soutien informel ou formel par les pairs et se lier à des communautés plus larges de gens partageant une expérience similaire. Un concept important qui décrit donner en retour est celui de « générativité ».

La générativité désigne la façon dont les gens « redonnent ». Définie par Erikson dans les années 1950, la générativité est une idée large qui fait référence aux contributions positives que les gens apportent à la vie des autres, à leur communauté et aux générations futures. Erikson a mis en évidence le concept de générativité dans le contexte du développement humain. Plus précisément, lorsque les gens atteignent un certain âge, ils peuvent souhaiter trouver des moyens de façonner la société et de contribuer au mieux-être de la prochaine génération.

Très peu de recherches se sont penchées sur la générativité chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Nos propres travaux ont montré que les gens s'engagent dans deux grandes formes de générativité. La première consiste à incarner des caractéristiques personnelles qui peuvent déteindre sur les autres et les aider à se sentir bien. Ces caractéristiques comprennent le fait d'être amical, de soutenir autrui, d'être gentil et de ne pas porter de jugement. L'autre forme de générativité est plus tangible et peut impliquer d'aider directement d'autres personnes et des communautés par le biais de rôles professionnels (par exemple, le soutien par les pairs) ou de manière informelle (par exemple, en



« L'engagement dans la générativité peut aider les gens à trouver un sens à leur vie, à sentir qu'ils font partie de quelque chose de plus grand qu'eux, à construire un sens plus fort de leur identité et à renforcer leurs liens avec la communauté ».

Crédit photo : Marlene Leppanën.

fournissant un soutien instrumental à un membre de la famille); de partager des histoires personnelles sur ses défis et son rétablissement; de changer les organisations et les systèmes par la défense des droits. Vous trouverez ci-dessous une réflexion de Moran et coll. illustrant des formes tangibles de générativité parmi les pairs aidants :

Une majorité [de prestataires pairs] a exprimé des prises de position politique les identifiant comme des agents de changement promouvant des attitudes orientées vers le rétablissement, le mouvement des pairs et le changement du système de santé mentale. Certains ont délibérément révélé leur rôle professionnel en dehors de leur contexte de travail pour démontrer la possibilité du rétablissement et influencer les attitudes du public. D'autres, travaillant en équipe avec divers professionnels de la santé mentale, ont insisté pour inclure les clients dans leurs réunions de planification du traitement et ont suggéré différents points de vue, plus encourageants, sur la situation actuelle des clients.⁹ (Traduction des auteurs, p. 309)

En plus de favoriser le bien-être d'autres personnes, l'engagement dans la générativité peut aider les gens à trouver un sens à leur vie, à sentir qu'ils font partie de quelque chose de plus grand qu'eux, à construire un sens plus fort de leur identité et à renforcer leurs liens avec la communauté. Plusieurs pairs aidants font état de tels avantages et suggèrent que les gens ayant une expérience vécue devraient être au centre de l'aide au rétablissement des autres^{10, 11}.

Jusqu'à présent, très peu de recherches ont examiné les éléments facilitateurs de la générativité et les obstacles à celle-ci chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale. D'après les quelques données disponibles, un facteur important de la générativité est le fait de recevoir un soutien par les pairs ou en tant que pair aidant d'en fournir un. Prodiguer un tel soutien offre aux gens la chance de « donner en retour » à des personnes ayant vécu des situations similaires; mais cela peut aussi fournir des occasions pour d'autres formes de générativité. Les personnes qui reçoivent un soutien par les pairs peuvent s'inspirer des exemples donnés par les pairs aidants, devenir des pairs aidants ou s'engager dans d'autres formes de générativité¹⁰. Une mise en garde importante s'impose : le soutien par les pairs peut être plus susceptible d'encourager la générativité lorsqu'il est donné dans un environnement géré par des personnes ayant elles-mêmes vécu des problèmes de santé mentale, plutôt que dans un environnement

clinique. Les activistes et les chercheurs ont déploré que les pairs aidants dans les milieux cliniques soient souvent chargés des tâches des cliniciens; mais dans les milieux gérés par les pairs, ces derniers peuvent être encouragés à utiliser leur vécu comme un guide pour aider d'autres personnes à se rétablir à partir de ce qui a fonctionné pour eux, ce qui peut inclure l'engagement dans la générativité¹⁰.

Inégalités dans la croissance post-traumatique et générativité

Savoir qu'un changement positif et transformationnel ainsi que la générativité sont possibles à la suite d'un problème de santé mentale peut donner de l'espoir aux personnes qui ont vécu une telle crise et les aider à trouver des moyens de considérer leur expérience comme valable et constructive. Un moyen important de tirer parti de son expérience d'une manière utile est de s'engager dans le soutien par les pairs. À leur tour, les pairs aidants peuvent s'appuyer sur ces connaissances pour inspirer de l'espoir aux personnes en détresse. Changer la façon dont nous pensons aux conséquences d'un problème de santé mentale peut à son tour modifier la manière dont certains éléments de ces problèmes sont vécus. Comprendre qu'un changement transformationnel est possible peut également conduire à l'introduction d'interventions par les pairs soutenant ces changements et peut lutter contre la stigmatisation sociale en démontrant que les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent apporter une contribution précieuse à leur communauté. Cette connaissance peut remettre en question certains aspects du modèle médical, qui considère les problèmes de santé mentale, telle la psychose, comme des conditions progressives, chroniques et biologiquement toxiques.

Cependant, en nous concentrant sur la croissance post-traumatique et la générativité, nous ne devons pas ignorer la souffrance des gens, nous attendre à ce que tout le monde connaisse ou même doive connaître une croissance post-traumatique ou s'engager dans la générativité, romancer les problèmes de santé mentale. En outre, nous devons également être conscients des inégalités potentielles qui rendent l'expérience de la croissance post-traumatique et de l'engagement dans la générativité difficile pour certaines personnes. La façon dont les inégalités façonnent la croissance post-traumatique et la générativité n'a pas été examinée dans la recherche; cependant, nous pouvons spéculer à partir de quelques exemples.

« Dans les contextes cliniques et interpersonnels, les expériences de croissance post-traumatique et de générativité peuvent être pathologisées et évaluées comme de la « pensée magique » ou du délire. Pourtant, considérer des schémas de pensée comme déviants ou anormaux est souvent fondé sur la discrimination, les préjugés et la désinformation ».

Ainsi, à la suite d'un problème de santé mentale, certaines personnes peuvent souhaiter abandonner des activités qui ne correspondent plus à leurs valeurs et trouver un nouveau travail plus satisfaisant. Elles peuvent espérer devenir des pairs aidants, des défenseurs de la santé mentale, ou des leaders ou des chercheurs en matière d'expérience vécue déterminés à changer le statu quo. Cependant, elles peuvent se heurter à une forte résistance, à la discrimination et à la stigmatisation, ce qui réduit la mesure dans laquelle elles s'épanouissent ou donnent en retour d'une manière conforme à leurs valeurs. En effet, de nombreux militants ont déploré le fait qu'il existe peu d'espaces dans les établissements de santé ou les universités où les perspectives critiques sur la santé mentale sont accueillies favorablement.

Nous devons également tenir compte du fait que la société fait très peu pour aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans ces conditions, pourquoi celles-ci devraient-elles aider des communautés qui ne les acceptent pas? Cela met en évidence la nécessité de défendre les droits individuels, de rompre le statu quo et de renforcer le leadership en matière d'expérience vécue afin de créer des conditions plus équitables pour la participation communautaire. Cela souligne l'importance pour les pairs aidants de lutter contre ces problèmes ou de s'allier avec des défenseurs qui travaillent à résoudre ceux-ci.

Les services de santé mentale ainsi que le soutien par les pairs jouent un rôle clé pour favoriser la croissance post-traumatique et la générativité. Cependant, ces soins restent inaccessibles pour plusieurs; et lorsqu'ils sont accessibles, ils peuvent ne pas être proposés d'une manière pertinente aux besoins des personnes marginalisées par le racisme, la religion et d'autres formes de discrimination. Bien des gens ont des rencontres négatives avec des professionnels de la santé mentale, ce qui les éloigne naturellement du système traditionnel de santé. Des services tels que la psychothérapie et les programmes destinés à soutenir la stabilité sociale et économique sont également difficiles d'accès pour eux. Ensemble, ces inégalités entravent les efforts déployés pour vivre une croissance post-traumatique et s'engager dans la générativité.

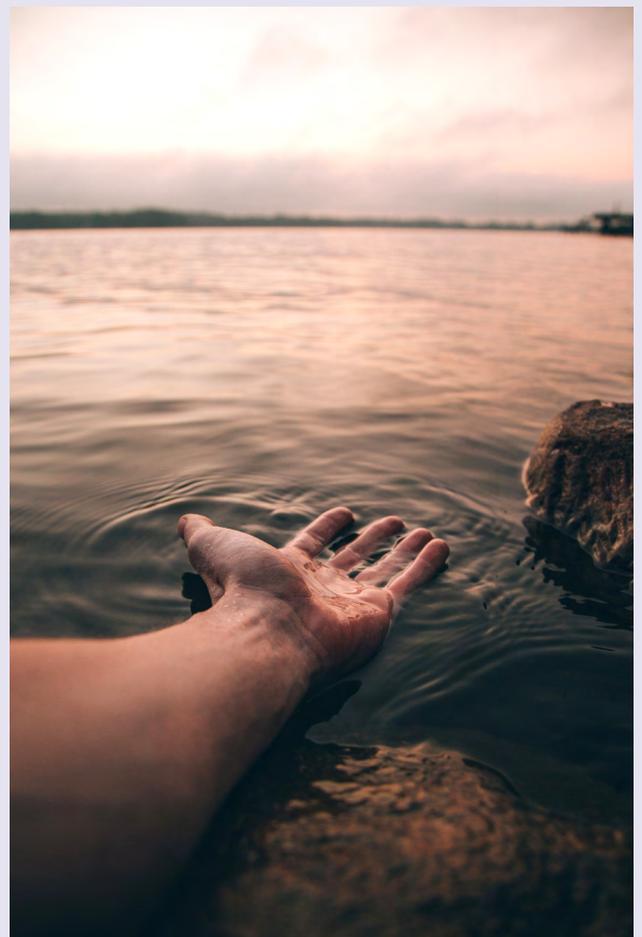
Enfin, dans les contextes cliniques et interpersonnels, les expériences de croissance post-traumatique et de générativité peuvent être pathologisées et évaluées comme de la « pensée magique » ou du délire. Pourtant, considérer des schémas de pensée comme déviants ou anormaux est souvent fondé sur la discrimination, les préjugés et la désinformation. Historiquement, on a toujours dit aux personnes psychiatisées qu'elles ne comprenaient pas leur état, ce qui a conduit à des soins coercitifs et à d'importantes violations des droits de l'homme. Les pairs qui cherchent à remettre en question une telle pensée peuvent faire face à une énorme résistance, ce qui met en évidence le besoin d'espaces non cliniques dans lesquels les pairs peuvent travailler.

Conclusion

Les gens peuvent apporter des changements positifs à leur vie et à leur communauté malgré un problème de santé mentale. Les pairs aidants ont un rôle important à jouer pour faciliter ces modifications en travaillant directement avec les personnes en détresse pour trouver des moyens d'améliorer leur vie, ainsi qu'en militant pour l'évolution des mentalités dans la société.

Références

- ¹ Hefferon, K., M. Grealy et N. Mutrie. (2009). « Post-traumatic Growth and Life Threatening Physical Illness: A Systematic Review of the Qualitative Literature », *British Journal of Health Psychology*, 14(Pt 2), 343-378. doi: [org/10.1348/135910708x332936](https://doi.org/10.1348/135910708x332936).
- ² Shakespeare-Finch, J. et J. Lurie-Beck. (2014). « A Meta-analytic Clarification of the Relationship between Posttraumatic Growth and Symptoms of Posttraumatic Distress Disorder », *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223-229. doi: [org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005).
- ³ Wu, X. et coll. (2019). « The Prevalence of Moderate-to-high Posttraumatic Growth: A Systematic Review and Meta-analysis », *Journal of Affective Disorders*, 243, 408-415.
- ⁴ Tedeschi, R. G. et L. G. Calhoun. (2004). Target Article: « Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence », *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- ⁵ Jordan, G., A. Malla et S. N. Iyer. (2019). « “It’s Brought Me a Lot Closer to Who I Am” »: A Mixed Methods Study of Posttraumatic Growth and Positive Change Following a First Episode of Psychosis », *Front Psychiatry*, 10, 480. doi: [org/10.3389/fpsy.2019.00480](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00480).
- ⁶ Cantón, M. I. (2021). « Why we Must Talk about Demedicalization », dans P. Beresford et J. Russo (Éds.), *The Routledge International Handbook of Mad Studies*, 205-216, Routledge.
- ⁷ Stratford, A. C. et coll. (2017). « The Growth of Peer Support: An International Charter », *Journal of Mental Health*, 6, 627-632. doi: [10.1080/09638237.2017.1340593](https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340593).
- ⁸ Jordan, G., A. Malla et S. N. Iyer. (2020). « Perceived Facilitators and Predictors of Positive Change and Posttraumatic Growth Following a First Episode of Psychosis: A Mixed Methods Study Using a Convergent Design », *BMC Psychiatry*, 20(1), 289.
- ⁹ Moran, G. S. et coll. (2012). « Benefits and Mechanisms of Recovery among Peer Providers with Psychiatric Illnesses », *Qual Health Res*, 22(3), 304-319. doi: [org/10.1177/1049732311420578](https://doi.org/10.1177/1049732311420578). doi: [org/10.1186/s12888-020-02693-y](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02693-y).
- ¹⁰ Jordan, G. et coll. (2021). « Generativity among Persons Providing or Receiving Peer or Mutual Support: A Scoping Review », *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi: [10.1037/prj0000498](https://doi.org/10.1037/prj0000498).
- ¹¹ Jordan, G., L. Davidson, L. et C. Bellamy. (2022). « Generativity among People with Lived Experience of Mental Illness and Distress », *American Journal of Orthopsychiatry*. doi: [org/10.1037/ort0000614](https://doi.org/10.1037/ort0000614).



Crédit photo : Josh Hild.

Colombie-Britannique :	12 h à 18 h
Alberta et Territoires du Nord-Ouest :	13 h à 19 h
Saskatchewan et Manitoba :	14 h à 20 h
Québec et Ontario :	15 h à 21 h
Nunavut (heure d'Iqaluit) :	15 h à 21 h
Î.-P.-É., Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse :	16 h à 22 h

PAIRS AIDANTS J'ÉCOUTE



**Des pairs aidants certifiés
présents à tous les jours**



1 888 974-PAIR [7247]



Une ligne d'écoute téléphonique francophone pancanadienne
Grâce au soutien d'Espace mieux-être Canada

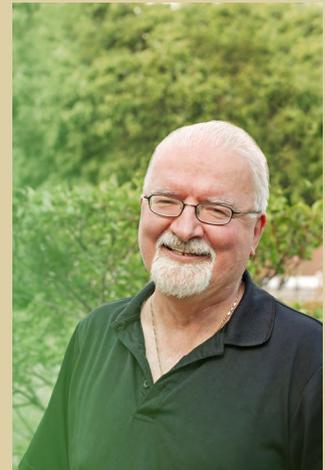


Venez discuter avec une personne vivant avec un trouble de santé mentale, qui s'est rétablie et qui a suivi la formation de Pairs Aidants Réseau de l'AQRP pour travailler au sein du réseau de la santé mentale.

Eh oui! C'est possible de se rétablir! Appelez et vous verrez que nos pairs aidants certifiés sont là pour vous écouter et partager avec vous leurs stratégies de rétablissement si vous le désirez.
Confidentialité assurée!

La pair-aidance vue et vécue par Perspective autonomie en santé mentale

Alain Métivier, pair aidant certifié,
coordonnateur et membre fondateur de
Perspective Autonomie en Santé Mentale



Isabelle Lenoir, paire aidante
certifiée, coordonnatrice adjointe
et responsable des communications
visuelles/réseaux sociaux pour
Perspective Autonomie en
Santé Mentale

Bon nombre d'entre vous connaissent déjà la pair-aidance. Du moins, celle qui se pratique en milieu hospitalier grâce à l'embauche de pairs aidants dans les équipes ou à la suite d'un « prêt de service » de pairs aidants travaillant dans le milieu communautaire. Dans cet article, nous désirons mettre en lumière les bénéfices de la pair-aidance pratiquée dans le contexte particulier d'un organisme « par, pour et avec ». Il sera aussi question de ce qu'est un intervenant en pair-aidance pour nous, des grands oubliés du système, de la détresse des hommes, de la pair-aidance famille, de l'employabilité et de notre adaptation à la COVID. Pour terminer, un petit mot sur nos aspirations.

D'après l'expérience d'accompagnement en pair-aidance qu'Alain Métivier a cumulé depuis sa certification en 2011 de la formation de Pairs Aidants Réseau, il a pu observer que l'autonomie des citoyens suivis en santé mentale n'était pas assez mise en valeur et que le concept de « reprendre pouvoir » était plutôt préconisé. Or, en y pensant bien, le processus de rétablissement nous amène à de grandes réflexions, nous pousse à changer notre mode de vie pour garder un équilibre et cela implique aussi de lâcher prise sur certaines choses. De plus, nous croyons qu'une personne peut se rétablir sans nécessairement faire partie du cadre « attendu » de la société, c'est-à-dire

avoir un emploi à temps plein, une famille, etc. Pour nous, l'autonomie est propre à chaque personne. C'est cette dernière qui décide de sa destinée et notre rôle consiste à l'accompagner vers ses propres objectifs.

Au printemps 2018, pour faire une différence dans la vie des personnes fragilisées, Alain Métivier rencontre Gabrielle Ladouceur et Louise Dandurand, deux femmes engagées et préoccupées par la santé mentale. Ensemble, en s'appuyant sur leurs bagages respectifs, ils procèdent à une tempête d'idées pendant laquelle ont surgi les énoncés de mission et le nom de l'organisme : Perspective Autonomie en Santé Mentale (PASM).

PASM se fait gracieusement offrir un local par l'entremise de Joseph Dubé, curé de la paroisse Saint-Donat et ami de longue date d'Alain Métivier. PASM est inauguré le 12 février 2019. Progressivement, une équipe de travail se forme et les premiers accompagnements de citoyens commencent. La première assemblée générale annuelle a lieu et le conseil d'administration initial est formé. Alain Métivier est nommé coordonnateur et reconnu comme membre fondateur de PASM. Nous avons la chance d'avoir comme partenaires le Dr Pierre Léouffre, psychiatre, et Colombe St-Louis, paire aidante, qui travaillent tous les deux à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). À cette période, l'organisme peut réaliser sa mission grâce aux dons récoltés lors d'événements-bénéfiques au cours desquels des élus des trois paliers de gouvernement nous font l'honneur de leur présence.

Qu'est-ce que PASM?

PASM est un organisme à but non lucratif composé de 15 intervenants en pair-aidance – dont 10 sont des pairs aidants certifiés – qui offrent de l'accompagnement en santé mentale. Nous sommes situés dans l'est de Montréal, tout près de l'IUSMM. Des organismes partenaires ont la gentillesse de nous prêter des locaux satellites ponctuels afin d'accompagner les citoyens dans différents quartiers de la ville.

Nous avons comme mission d'offrir de l'accompagnement aux personnes en processus de rétablissement en santé mentale ou vivant avec une détresse émotionnelle. Nous soutenons la personne dans ses propres objectifs d'autonomie, en lien avec ses ressources en santé mentale et autres, ainsi qu'avec son environnement personnel. Nous lui proposons des activités et un éventail de moyens

favorables à son plein épanouissement, en tenant compte de ses capacités, besoins, intérêts et de ses aspirations profondes. Nous avons comme objectifs de favoriser l'autonomie personnelle, l'insertion sociale, les initiatives, l'engagement communautaire et la pleine citoyenneté.

PASM s'appuie sur les deux piliers suivants :

La personne avant tout : La confidentialité, l'autonomie du citoyen, une approche bienveillante, de la souplesse, la personnalisation de l'accompagnement afin de contrer la perspective que les gens soient perçus à travers leur diagnostic.

La fraternité : Ayant tous vécu des troubles de santé mentale, les intervenants en pair-aidance de notre équipe sont bienveillants entre eux et ils s'entraident. Nous vivons les valeurs de la fraternité, non seulement entre nous, mais aussi avec les citoyens que nous accompagnons.

Pour, par et avec

Pour PASM, notre équipe d'intervenants en pair-aidance et nos citoyens occupent une place tout aussi importante. Ils font partie d'un tout. C'est pourquoi nous utilisons le terme « famille PASM ».

Nous offrons de l'écoute et du soutien à tout adulte éprouvant des difficultés de santé mentale (diagnostiquées ou non) ou toute autre problématique affectant l'équilibre émotionnel (stress, solitude, deuil, épuisement professionnel, séparation, maladie, douleur chronique, tout ce qui est en lien avec les effets de la COVID-19, etc.).

« Nous offrons de l'écoute et du soutien à tout adulte éprouvant des difficultés de santé mentale (diagnostiquées ou non) ou toute autre problématique affectant l'équilibre émotionnel (stress, solitude, deuil, épuisement professionnel, séparation, maladie, douleur chronique, tout ce qui est en lien avec les effets de la COVID-19, etc.) ».

Nos accompagnements sont gratuits, flexibles et adaptés aux besoins des citoyens, sans nombre limité de rencontres, et offerts en présence, par téléphone ou par vidéoconférence. Nul besoin d'une requête d'un médecin pour être suivi chez PASM. Nous travaillons à partir des besoins et des objectifs de la personne demandant un accompagnement. Nous l'aidons à mieux comprendre ses symptômes et à les gérer, à retrouver l'espoir d'une vie meilleure, à se voir autrement que comme une personne malade. En réalisant que nous sommes des alliés dans son rétablissement, la personne peut se montrer ouverte à consulter en psychiatrie au besoin et nous pouvons même l'accompagner dans cette démarche.

Nous avons une page Facebook pour joindre les citoyens et sensibiliser la population, de même que pour nous faire connaître auprès des ressources en santé mentale.

Depuis 2021, PASM est admis au Programme de soutien aux organismes communautaires, un des principaux bailleurs de fonds pour les organismes à but non lucratif (OBNL) œuvrant principalement en santé et en services sociaux. Notre organisation est aussi financée par ce programme depuis 2021.

Ouvrir nos horizons

Après mûre réflexion sur la composition de notre équipe d'intervention, notre comité de développement en est venu à proposer au conseil d'administration le passage d'un regroupement composé exclusivement de pairs aidants certifiés à une équipe d'intervenants en pair-aidance. Ce changement nous permet d'accueillir dans notre équipe des personnes au vécu extraordinaire et qui offrent par le fait même un plus large éventail d'expériences.

Crédit photo : Maksim Romashkin.



Voici les trois critères essentiels pour faire partie de notre équipe d'intervenants en pair-aidance :

1. **Le vécu de troubles en santé mentale** est une condition de base pour intégrer notre équipe.
2. **L'importance du rétablissement et le recul face à sa propre expérience** sont les aspects primordiaux pour accompagner une personne adéquatement. Il est important de prendre soin de soi et de garder son équilibre de vie. Ce n'est pas un rôle facile tous les jours, car on peut faire face à des enjeux que l'on a déjà vécus, ce qui peut faire surgir des émotions difficiles à vivre. Il devient alors important de ne pas hésiter à demander de l'aide. L'équipe peut bénéficier du soutien de personnes-ressources en santé mentale, telles que Anne-Sophie Cardinal, étudiante en psychologie (Psy. D., Ph. D.), Colombe St-Louis, paire aidante à l'IUSMM, Yves Trudeau, psychothérapeute retraité, et Pierre Léouffre, psychiatre à l'IUSMM. Pour bien accompagner quelqu'un dans son cheminement, cela demande une bonne qualité de présence, de l'écoute, beaucoup de patience et des attentes réalistes envers cette personne, car c'est elle qui est responsable de son rétablissement. Les intervenants doivent se protéger contre la « fatigue de compassion » qui peut les guetter. Nous les invitons à consulter les ressources de leur choix (médecin, psychiatre, thérapeute, leurs proches, etc.) s'ils en sentent le besoin.
3. **La formation** : Tout en priorisant la formation de pair-aidance en santé mentale, nous accueillons des personnes répondant aux deux premiers critères et ayant une formation connexe ou une expérience en relation d'aide. PASM offre à tous ses intervenants en pair-aidance un contexte d'échanges et de transmission de connaissances pour qu'ils aient en main des outils leur permettant de se perfectionner en tant qu'intervenants en pair-aidance. Nous les encourageons à participer à des conférences, à des ateliers de formation continue, à des rencontres de la communauté de pratique des pairs aidants de Montréal. Naturellement, les plus expérimentés soutiennent leurs collègues et transmettent à ceux-ci savoir et expérience. En plus, nous avons monté une boîte à outils adaptée aux besoins de la pair-aidance, accessible à chacun. Tous les trois mois, nous organisons également des conférences où un invité vient transmettre ses connaissances et



Crédit photo : Sourav Mishra.

son savoir sur un sujet particulier à notre équipe. Ces conférences sont gratuites et ouvertes à la communauté.

Nous avons aussi mis sur pied un comité de suivi mensuel qui a pour but de réunir l'équipe d'intervenants pour qu'ils aient la chance d'échanger entre eux, en toute confidentialité, à propos de leur accompagnement, de leur parcours, de leur façon de travailler. Cet espace de discussion permet de renforcer les liens, de poser des questions, d'avoir un point de vue différent sur leur accompagnement, permettant ainsi de prendre le pouls de l'équipe.

Ce qui nous définit

Pour nous, c'est la personne avant tout! Nous croyons que c'est dans l'acceptation et le dévoilement de notre fragilité que se retrouvent nos plus grandes forces et notre potentiel. Soutenir la personne dans son processus de rétablissement et l'encourager à persévérer malgré des rechutes, faire naître l'espoir de jours meilleurs, l'aider à redonner un sens à sa vie ou à retrouver son autonomie, l'accompagner dans la réalisation de projets personnels et l'atteinte de ses aspirations profondes sont les objectifs que nos intervenants poursuivent afin d'insuffler l'espoir d'une pleine citoyenneté.

La personne accompagnée n'est pas définie sous l'angle de la maladie ou de symptômes. Elle est une personne à part entière qui apprend à vivre avec ses propres défis. C'est pourquoi nous utilisons le terme « citoyen » lorsque nous parlons d'une personne utilisatrice. Nous voulons être le plus près possible des gens, de façon souple et personnalisée.

Un accompagnement sur mesure

Au sein de l'équipe d'intervenants en pair-aidance, des membres ont vécu des hospitalisations, d'autres vivent avec un trouble psychotique ou de personnalité, quelques-uns sont passés au travers d'une dépression majeure ou vivent avec la bipolarité tandis que d'autres composent avec de l'anxiété généralisée/trouble panique, etc. Cette riche diversité nous permet d'offrir un soutien personnalisé sous forme de jumelage.

Pour associer un intervenant correspondant à la situation d'un citoyen, nous devons d'abord cerner les besoins de ce dernier. Nous dressons son profil puis nous effectuons le jumelage avec un intervenant qui a un vécu similaire, ce qui lui permettra de mieux comprendre la personne dans ce qu'elle ressent. La réponse aux besoins des citoyens se fait à l'intérieur d'un suivi sur mesure qui n'est pas limité dans le temps. Le suivi peut donc perdurer jusqu'à ce que la personne atteigne les objectifs qu'elle s'est fixés et même au-delà. Si nous ne pouvons répondre à un besoin précis, nous dirigeons la personne vers d'autres ressources adéquates.

Voici quelques commentaires de la part des citoyens que nous accompagnons :

PASM est fait sur mesure pour moi! – AP

Je suis très heureuse de notre rencontre, ça fait du bien de la douceur, parce qu'en psychiatrie, c'est froid et impersonnel. – MC

Je suis très reconnaissant du soutien et de l'écoute que je reçois de ma paire aidante. Je commence à voir la lumière au bout du tunnel. – YT

L'intervenant en pair-aidance est plein de ressources et m'aide en m'orientant vers les ressources communautaires appropriées qui me permettent de rompre mon isolement. Je l'apprécie. – EV (traduction libre des auteurs)

Je suis chanceuse d'avoir une paire aidante qui prend le temps de m'écouter. Nos rencontres me font du bien, je me sens comprise et en confiance. – NL

Isabelle, juste dire que j'ai hâte à notre rencontre et profiter pour te partager ma gratitude d'avoir une si belle et bonne écoute de qualité auprès de toi. À bientôt, merci. – MC

Je me sens libre de parler et je ne me sens pas jugée! – ST

Je tiens à vous faire savoir à quel point je suis reconnaissante envers votre organisation et envers le service extraordinaire que j'ai reçu de mon intervenant en pair-aidance au cours des deux derniers mois. Il a fait preuve d'un grand professionnalisme, de soutien, d'empathie et d'une grande connaissance de mes traumatismes. Je suis reconnaissante d'avoir cette occasion de guérir de mes problèmes sans le stress supplémentaire que représente l'impossibilité de payer un thérapeute. – KK (traduction libre des auteurs)

Répondre à des besoins grandissants

Les grands oubliés

Les besoins en santé mentale sont criants et les listes d'attente s'allongent. Un organisme tel que le nôtre est un élément clé pour compléter les ressources disponibles dans la région afin de porter assistance aux personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale.

Nous avons remarqué que bon nombre de citoyens se retrouvent sans soutien à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie. Ils sont de grands oubliés, des laissés pour compte du système.

Au début de 2017, au moins 15 patients hospitalisés au Québec pour des pensées suicidaires ont mis fin à leurs jours alors qu'ils se trouvaient encore entre les murs de l'hôpital ou qu'ils venaient d'obtenir leur congé, révèle une analyse des rapports de coroners des trois dernières années effectuée par La Presse¹.

¹ *En détresse à l'hôpital, puis laissés à eux-mêmes*, Gabrielle Duchaine, *La Presse*, 15 novembre 2019, <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-11-15/en-detresse-a-l-hopital-puis-laises-a-eux-memes>.

Cette situation est très alarmante. Une personne encore fragile à sa sortie de l'hôpital a besoin d'un soutien immédiat et à long terme pour éviter une rechute. Nous souhaitons donc aider ces personnes à bien vivre la transition de l'hôpital vers la communauté, puis voir à ce que leurs besoins soient comblés (ressources psychosociales, hébergement, gestion des émotions, etc.) afin qu'elles puissent poursuivre leur rétablissement dans les meilleures conditions possible.

« Une personne encore fragile à sa sortie de l'hôpital a besoin d'un soutien immédiat et à long terme pour éviter une rechute. Nous souhaitons donc aider ces personnes à bien vivre la transition de l'hôpital vers la communauté ».

Crédit photo : Marcelo Renda.



Briser le silence des hommes

Nous avons observé en 2021 une forte hausse de demandes de soutien faites par les hommes. Cela représente une bonne nouvelle, car ils osent davantage demander de l'aide.

Répartition des femmes et des hommes suivis chez PASM :

2020 : 74 % femmes hétérosexuelles, 25 % hommes hétérosexuels, 1 % personnes de la communauté LGBTQ+

2021 : 58 % femmes hétérosexuelles, 41 % hommes hétérosexuels, 1 % personnes de la communauté LGBTQ+

2022 : 66 % femmes hétérosexuelles, 31,7 % hommes hétérosexuels, 1,6 % personnes de la communauté LGBTQ+

La société a longtemps véhiculé l'image qu'un homme doit être fort et invincible, et qu'il ne doit pas pleurer. C'est un enjeu qu'il faut absolument

aborder, surtout avec la hausse des féminicides. Les hommes ont besoin d'être écoutés, compris et soutenus. Le confinement lié à la pandémie a exacerbé leur détresse. Confinés, isolés, privés de contacts humains, de leurs activités physiques, de leurs services habituels et même privés de leur travail, plusieurs hommes ont perdu leurs repères. Certains groupes ont été plus affectés que d'autres : les jeunes adultes, les hommes peu scolarisés et à faible revenu, les hommes célibataires vivant seuls ainsi que les hommes de la diversité sexuelle. Un million d'hommes canadiens souffrent de dépression majeure chaque année. Pourtant, la santé mentale des hommes est encore un sujet tabou. Les hommes souffrent en silence, ils ne demandent généralement pas d'aide, pas même à leur entourage. Ils préfèrent régler leurs problèmes seuls. De plus, ils sont moins nombreux que les femmes à avoir un médecin de famille. Sans requête d'un médecin, ils n'ont pas accès à de l'aide psychologique dans le secteur public et les délais déraisonnables pour être pris en charge peuvent également les décourager de s'engager dans

Crédit photo : Spencer Selover.



« Les accompagnements en pair-aidance que nous proposons permettent un climat d'échange et de confiance qui incite les hommes à partager avec les intervenants leur état émotionnel directement lié à leurs préoccupations. En étant accompagnés par des intervenants en pair-aidance qui ont connu des difficultés similaires, ces hommes ont la possibilité de partager d'égal à égal, sans peur d'être jugés ».

une démarche. Souvent, ils consultent alors que la maladie est déjà installée ou que les problèmes se sont aggravés. Ceci peut conduire à la détérioration de l'état de santé général et à de l'automédication.

Pour mieux rejoindre les hommes et répondre à leurs besoins, les services psychosociaux doivent s'adapter et faciliter l'accès à l'aide offerte. C'est pourquoi nous croyons que la pair-aidance peut jouer un grand rôle pour amener les hommes à communiquer leurs émotions et à cheminer vers le rétablissement. Les accompagnements en pair-aidance que nous proposons permettent un climat d'échange et de confiance qui incite les hommes à partager avec les intervenants leur état émotionnel directement lié à leurs préoccupations. En étant accompagnés par des intervenants en pair-aidance qui ont connu des difficultés similaires, ces hommes ont la possibilité de partager d'égal à égal, sans peur d'être jugés. Cette dynamique favorise les confidences, permet aux hommes de s'identifier à un modèle d'espoir masculin, les amène à accroître leur autonomie puisque nous les guidons pour trouver leurs propres solutions. Ainsi, ils peuvent se réapproprier le pouvoir sur leur vie et retrouver confiance en eux.

La pair-aidance famille

Nouvelle composante dans notre offre d'accompagnement, la pair-aidance famille vient en aide à l'entourage des gens vivant avec une problématique en santé mentale et insuffle l'espoir à celui-ci. En tant que proche d'une personne qui compose avec un problème de santé mentale, le pair aidant famille partage sa propre expérience et explique comment il a accompagné la personne vers le rétablissement. Il peut aider à faire comprendre à l'entourage ce que leur proche peut vivre et ressentir; cela contribue à réduire la stigmatisation et l'autostigmatisation. Il offre du soutien, de l'écoute active, des outils, de l'information, des références. Il invite les membres de l'entourage à devenir partenaires à part entière de l'équipe traitante, en accord avec leur proche, et il contribue à renforcer le lien entre eux et leur proche. En faisant preuve de patience et d'empathie, l'entourage d'une personne vivant avec des difficultés de santé mentale joue un rôle crucial dans le rétablissement de celle-ci. PASM les aide à surmonter leur propre souffrance, leurs peurs, leurs préjugés et leur fatigue émotionnelle pour mieux composer avec la situation. En étant accompagnés dans leurs démarches thérapeutiques, les membres de la famille ont le sentiment d'être entendus, compris en tant que proches aidants et mieux outillés pour traverser d'éventuelles situations difficiles. Ceci a donc des conséquences majeures sur le maintien du milieu de vie du citoyen et peut éviter des hospitalisations ou des ennuis avec la justice.

Pour pallier la demande, nous avons présentement deux pairs aidants famille dans notre équipe d'intervenants; l'une a une expérience comme infirmière et l'autre est un policier à la retraite.



Voici quelques commentaires de la part des familles **que nous accompagnons** :

Votre aide et votre soutien sont importants pour nous. Notre vie a changé grâce à nos rencontres. – SL et LL

Je me sens appuyé et mieux compris dans le rapport avec mon proche et en ce qui concerne les besoins de la famille. – FC

Fière de PASM et satisfaite de l'aide et du soutien offerts pour moi et mon proche. J'ai enfin une lueur d'espoir pour l'avenir. – LT

Nos rencontres me font du bien au moral et je comprends mieux la situation vécue. – FR

PASM est un organisme inclusif

Avec l'aide de partenaires en employabilité, nous proposons des perspectives d'emploi à des citoyens en rétablissement afin de leur permettre de se réaliser professionnellement dans un domaine où ils possèdent un fort bagage expérientiel. Pour vous citer un exemple, Benoît Pellerin, affecté par la schizophrénie depuis l'enfance, est passé d'un citoyen nécessitant un accompagnement à un intervenant en pair-aidance de notre équipe. Il épaulé maintenant les citoyens dans leur parcours de rétablissement. C'est une grande réussite pour lui et un atout pour PASM.

La confiance que PASM me porte est la chose la plus importante! La pair-aidance m'a donné des ailes! Combien de fois je suis passé à côté du vrai bonheur à cause de mon manque de confiance, car j'étais détruit émotionnellement et psychologiquement. Après tout ce que j'ai traversé, les traumatismes et les épreuves, je ne m'en fais plus avec la vie, c'est maintenant derrière moi et je chemine en ouvrant toutes grandes mes œillères. – Benoît Pellerin



Mars 2020, la COVID-19 frappe le Québec

Pour pouvoir accompagner nos citoyens, nous avons dû nous adapter et passer du mode présentiel au télétravail. Pour nous, il était essentiel de continuer à soutenir nos citoyens et de pouvoir venir en aide à de nouvelles personnes.

Soutenir une personne par téléphone demande une attention particulière parce qu'on n'a pas le non verbal de la personne pour identifier ses émotions. On doit avoir l'oreille très fine pour déceler des indices. En personne, on a accès à plusieurs réactions du corps qui nous indiquent si la personne est à l'aise avec nous, si elle est préoccupée et, inversement, ça nous permet d'afficher notre empathie avec des sourires, des regards, des hochements de tête, etc. – Isabelle Lenoir

À la suite de l'appel à l'action bénévole du gouvernement au début de la pandémie, l'organisme Accès-Bénévolat a sélectionné et nous a recommandé 21 bénévoles dotés d'un vécu problématique en santé mentale pour aider momentanément l'équipe à soutenir les gens affectés par la pandémie.

La pérennité de PASM

PASM aspire à être connu et reconnu comme une ressource en pair-aidance incontournable dans le domaine de la santé mentale au Québec.

Le rétablissement et la santé mentale des citoyens étant au cœur de nos préoccupations et de nos actions, nous participons aux activités de divers groupes et tables de concertation de la région pour faire connaître la pair-aidance et ses bienfaits afin d'améliorer les pratiques.

Nous poursuivons nos échanges avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, et tout récemment avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, afin de faire connaître nos services et d'établir un partenariat pour accompagner les citoyens qui ont besoin d'un suivi après leur hospitalisation en psychiatrie, entre autres. Nous désirons travailler avec eux pour que le corridor entre le réseau public et le communautaire soit plus achalandé, puis unir nos efforts pour le mieux-être des citoyens. Nous sommes allés présenter PASM et la pair-aidance aux étudiants du programme de psychologie, dans le cadre d'un cours de psychologie communautaire de l'Université du Québec à Montréal.

Pour terminer, le défi majeur d'un OBNL est sans contredit le financement à la mission. Il est primordial pour nous, d'une part, d'être en mesure de continuer d'offrir de l'accompagnement gratuitement aux citoyens ayant des besoins grandissants et, d'autre part, nous tenons à rémunérer à leur juste valeur nos employés et nos travailleurs autonomes afin de conserver nos acquis. Pour cela, nous devons consacrer beaucoup d'énergie et de temps à des appels de projets, à des demandes multiples de subventions, à de la sollicitation de dons, etc. C'est grâce à la découverte du programme Contrat d'intégration au travail d'Emploi-Québec que PASM peut se doter d'employés pour travailler avant tout à sa croissance, les accompagnements étant assurés par les bénévoles et les travailleurs autonomes.

Pour la majorité d'entre nous, notre université, c'est notre vécu expérientiel et c'est dans notre fragilité que se trouve notre force. – Alain Métivier

204-6710, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H1N 1C9
Bureau : 514-759-7276
Cellulaire : 438-521-7276
pasm.montreal@gmail.com

facebook.com/perspective.autonomie.en.sante.mentale

linkedin.com/company/perspective-autonomie-en-sante-mentale



Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement *Modèle Recovery College*

Favoriser la santé mentale et le rétablissement de tous

Contribuer à améliorer la santé mentale de tous et favoriser le rétablissement, telle est l'une des missions du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement (CASR). Le CASR se fonde sur le modèle Recovery College (RC) qui met de l'avant une approche éducative dans la collectivité où toute personne a accès gratuitement à des activités de formation sur le bien-être et la santé mentale. Soutenu empiriquement, le modèle repose sur a) la création d'un espace de coapprentissage et de croisement de différents types de savoir (théorique, clinique et expérientiel); b) le contact direct entre apprenants et formateurs issus de divers horizons, dont des personnes présentant un trouble mental; c) des rapports sociaux égalitaires libres de jugement et de préjugés.

Au Québec, depuis l'automne 2019, le CASR, l'unique RC francophone du Canada, offre des activités de formation à l'ensemble de sa population francophone, en présentiel et en ligne (Subvention IRSC Covid, Briand et coll.). Le CASR se compose maintenant d'une vingtaine de formateurs et a rejoint plus de 1000 apprenants. Puisque le savoir expérientiel est au cœur du CASR, ceci de la gouvernance jusqu'aux activités de formation, une présentation de quelques témoignages mettant en valeur des formateurs détenant un savoir expérientiel suivra.

Le croisement de divers types de savoir

Au CASR, la richesse et la diversité des activités d'apprentissage sont issues de la coconstruction des divers types de savoir. Cette coconstruction, qui prend place dans un climat d'échanges, de réflexion et de collaboration, repose sur les expériences, connaissances et ressources de ceux qui participent aux activités de formation, les apprenants. Afin de

En tant que formateur au CASR, j'ai non seulement l'occasion de partager mon savoir expérientiel, mais j'ai surtout le privilège d'apprendre constamment grâce aux divers savoirs partagés par les participants. Un engagement qui nourrit ma curiosité, mon empathie et mon autocompassion, des outils précieux pour le rétablissement et la santé globale.

Mathieu

s'assurer que ces activités font émerger le savoir théorique, clinique et expérientiel, le CASR favorise la mixité des apprenants. Ainsi, un groupe de formation pourrait être constitué de personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale, d'employés du réseau de la santé, de pairs aidants, d'intervenants, de membres de l'entourage, de citoyens et d'étudiants universitaires. Cette diversité d'horizons permet non seulement d'apprendre les uns des autres, mais également de s'outiller différemment en mettant de l'avant l'égalité du savoir de chacun.

En conséquence, le CASR agit à titre d'espace bienveillant et égalitaire. Les activités de formation ont pour objectif, entre autres, de promouvoir le croisement des divers types de savoir en reconnaissant la valeur et les différences de chacun.

L'apport de la coanimation

Puisque le CASR adopte une approche où le savoir expérientiel est au cœur de l'apprentissage, les activités de formation sont coanimées par une dyade de formateurs : alors que l'un d'eux possède un savoir théorique ou clinique, l'autre détient un savoir expérientiel (issu d'une réflexion sur leur expérience de vie avec un problème de santé mentale). La coanimation permet ainsi d'enrichir les échanges et

de sensibiliser les apprenants aux différents types de savoir. De plus, les activités de formation permettent, tant aux apprenants qu'aux formateurs, d'acquérir une ouverture d'esprit et d'entamer un cheminement vers le rétablissement. Ce processus s'incarne dans une pédagogie active où le partage de connaissances théoriques, cliniques et expérientielles cohabite avec des activités de coapprentissage et de discussion.

Les retombées du modèle

Le modèle RC offre de nombreux avantages pour tous ceux qui y participent, qu'ils soient apprenants ou formateurs. En effet, on constate chez ceux-ci une amélioration des connaissances relatives à la santé mentale et au rétablissement de même que la mise en place de stratégies d'autorégulation et d'autogestion. Ces outils leur permettent de mieux prendre soin de leur santé mentale et renforcent le pouvoir d'agir. Cela se traduit notamment par une diminution de l'anxiété et par une amélioration du bien-être psychologique, de l'estime de soi et du sentiment de compétence. De plus, on constate une amélioration du rétablissement, des attitudes et des comportements d'ouverture à l'autre, ainsi qu'une diminution de l'isolement social des personnes vivant avec un trouble mental. Ensuite, les apprenants du modèle RC améliorent leur réseau de ressources et leur capacité à aller chercher de l'aide (Subvention IRSC Covid, Briand et coll.).

Être formatrice au Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement m'a permis de reprendre une place dans la société en utilisant mon expérience de la dépression, en la valorisant, et ainsi [de] mieux savoir qui je suis, qui je peux être.

Édith

Mon expérience comme formateur augmente l'estime que j'ai de moi. Je réussis à mettre en valeur mon rétablissement et ça me permet de lutter contre la stigmatisation. Je rencontre des gens intéressants qui ont souvent les mêmes valeurs que moi, c'est gratifiant.

Bernard

De manière plus globale, les Recovery Colleges mènent à la diminution de la stigmatisation et des préjugés liés aux enjeux de santé mentale. Ils permettent également de restreindre l'utilisation des services de santé et de soutenir les pratiques axées vers le rétablissement (Subvention IRSC Covid, Briand et coll.).

Ces résultats redonnent de l'espoir à toute personne touchée de près ou de loin par un enjeu de santé mentale. Chaque année, au Canada, une personne sur cinq aura un problème de santé mentale. Ainsi, le CASR, RC québécois, propose une façon actuelle de promouvoir la santé mentale de tous les citoyens québécois.

C'est un privilège pour moi d'être formatrice pour le CASR et de partager mon expérience en tant que mère de deux fils vivant avec un diagnostic de maladie mentale. Par mes témoignages, je veux donner espoir aux participants, car ça existe, une vie harmonieuse malgré tout.

Marlène

Formation offerte

Si vous désirez en apprendre davantage sur la santé mentale et faire un pas de plus en direction de votre rétablissement, ou si vous voulez favoriser celui d'une personne de votre entourage, le CASR vous invite à vous inscrire à l'une de ses activités de formation. Les thèmes sont variés et touchent par exemple au bien-être (Vers le bien-être : agir face au stress), aux troubles de santé mentale (La schizophrénie sans préjugés : comprendre l'humain avant la maladie) et à la stigmatisation (Regards sur la stigmatisation).

Pour plus d'information, visitez www.santeretablissement.com.

Cet encadré a été conçu par l'équipe du Centre d'apprentissage Santé et Rétablissement.

**Centre d'apprentissage
Santé et Rétablissement (CASR)
Modèle Recovery College**

https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=5859

Ouvrir sa porte

Rémy Gagnon

On dit ouvrir sa porte à l'autre, ouvrir ses portes pour aérer, pour changer l'air. « Ferme la porte, les mouches », « le froid va rentrer », « le chat va prendre la clef des champs », et bien d'autres expressions du même genre.

Toutes les raisons sont bonnes pour s'enfermer dans notre casa et ne pas interagir avec l'autre. Il y a aussi plein de bonnes raisons pour se fermer à l'autre : sa manière de vivre, la maladie, physique ou mentale, ou à cause de ce que cette personne dégage ou représente. C'est donc dire qu'il est bien plus simple de rester chez soi, porte close, et de ne pas avoir à se commettre.

Je m'aperçois (à 57 ans, il était temps!) que les gens qui vivent des expériences similaires ont tendance à se regrouper et, par le fait même, ouvrent leur porte plus aisément à l'autre. C'est pourquoi on crée des groupes d'entraide pour les personnes souffrant de dépendances diverses, les gens endeuillés, les joueurs compulsifs, les dépressifs, et que sais-je encore.

Le danger dans cette façon de faire les choses, c'est que l'autre reste un inconnu. Et qu'à l'inverse, nous le restions aussi pour lui. Cela peut faire que si nous souffrons d'une problématique en santé mentale, par exemple, nous ne sommes bien qu'avec des personnes semblables à nous. Risquant dès lors de se priver de découvrir l'autre. Nous pensons ainsi avoir nos portes ouvertes, mais en somme, elles sont bel et bien fermées.

Que faire alors pour ne pas tomber dans ce panneau? Élargir nos horizons, nous rendre disponible pour autrui, et surtout, ne pas en avoir peur. Le laisser s'exprimer et lui donner sa chance. Ainsi, nos différences s'amenuiseront et nous pourrons parler de la même affaire. Notre porte sera ouverte à tous. Et si c'était si simple d'éviter les conflits et les guerres?



vincentetmoi.com

Vincent et moi est un programme du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui place l'art et le processus artistique au centre de ses actions en réponse à des besoins individuels et collectifs. Acteur important des domaines de la santé mentale et des arts visuels depuis sa fondation en 2001, le programme croit en la portée et aux bienfaits de l'art pour contribuer au mieux-être et au rétablissement des personnes qui vivent avec une problématique de santé mentale.

Vincent et moi agit principalement sur trois axes :

- L'accompagnement et le soutien de l'engagement artistique des personnes;
- L'intervention thérapeutique en utilisant l'art comme moyen d'expression, de découverte et de transformation de soi;
- Le déploiement de pratiques artistiques et culturelles innovantes dans le but de créer des échanges et des ponts entre les artistes, les milieux de soins et les citoyens.

Les pairs aidants famille

État de l'élaboration et du déploiement de cette pratique de soutien en effervescence au Québec



Laurence Martin-Caron, chargé de projet, formateur et consultant, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale



Marie-Hélène Morin, Ph. D., travailleuse sociale, Département de psychosociologie et de travail social, Université du Québec à Rimouski



Anne-Sophie Bergeron, M. travail social, agente de recherche, Université du Québec à Rimouski, Chaire de recherche interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS)



Mary Anne Levasseur, coordonnatrice et facilitatrice du soutien familial par les pairs, Programme d'intervention de prévention des psychoses (PEPP-Montréal), Institut universitaire en santé mentale Douglas

L'entourage d'une personne vivant avec un problème de santé mentale est une source importante de soutien qui a le potentiel d'être une plus-value dans sa vie et son parcours de rétablissement (Bland et coll., 2021; Lauzier-Jobin et Houle, 2021; Wyder et coll., 2021). Ce rôle gratifiant, qui comporte aussi son lot de difficultés, amène souvent les personnes proches aidantes (PPA)¹ à devoir aller chercher du soutien pour elles-mêmes, pour leur propre bien-être, afin d'être en mesure d'accomplir leur rôle d'accompagnateur et de partenaire de services, comme le propose le modèle Client-Accompagnateur-Partenaire du Réseau Avant de Craquer (RAC) (Bonin et coll., 2014; Fradet, 2012).

Au Québec, la contribution des familles et l'importance pour les services d'établir un partenariat avec celles-ci font partie des orientations ministérielles depuis la première Politique de santé mentale du Québec en 1989 (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 1989). Bien que cette reconnaissance ait été réaffirmée d'un plan d'action en santé mentale à l'autre, le développement de services destinés aux familles n'a toutefois pas suivi le rythme de l'évolution de cette reconnaissance (Bonin et coll., 2014; Fradet, 2012; Morin, 2012; RAC, 2018), ce qui est particulièrement vrai en ce qui a trait aux services en santé mentale adulte. Prenant racine dans l'action bénévole des familles elles-mêmes à partir des années 70, les services de soutien à l'entourage se sont professionnalisés et implantés plus officiellement dans des organismes communautaires locaux et régionaux à partir des années 80, se rassemblant sous le regroupement provincial de la Fédération des familles et amis des personnes atteintes de maladie mentale (FFAPAMM) devenue le Réseau Avant de Craquer².

Une partie des interventions familiales offertes aux membres de l'entourage est très bien documentée et soutenue par des études empiriques rigoureuses qui témoignent de leur efficacité (Pharoah et coll., 2010).

¹ « [Lorsque] le soutien apporté est continu ou occasionnel, à court ou à long terme, et est offert à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révoquant, dans le but, notamment, de favoriser le rétablissement de la personne aidée et le maintien et l'amélioration de sa qualité de vie à domicile ou dans d'autres milieux de vie. Il peut prendre diverses formes, par exemple le transport, l'aide aux soins personnels et aux travaux domestiques, le soutien émotionnel ou la coordination des soins et des services » (MSSS, 2021, p. 14).

² En 2022, le RAC compte 47 membres dans toutes les régions du Québec.

Ces interventions sont connues pour améliorer les connaissances des membres de l'entourage, diminuer le stress perçu, augmenter les capacités à faire face à certaines situations, réduire la détresse et le fardeau, et améliorer le sentiment d'efficacité concernant le rôle d'accompagnateur (Leclerc et Thérien, 2012; Oluwoye et coll., 2020). (Mottaghipour et Bickerton, 2005 cité dans Morin et coll., 2022), sans oublier les groupes d'entraide et de soutien ainsi qu'un volet plus politique de défense des droits et des intérêts.

Selon la pyramide des soins familiaux développée par Mottaghipour et Bickerton (2005), il existe cinq paliers d'intervention. Les trois premiers correspondent aux interventions familiales « minimales », soit 1) Évaluation et prise de contact, 2) Éducation générale et 3) Psychoéducation familiale. Les deux derniers, soit 4) Consultation et 5) Thérapie familiale, sont offerts lorsque les liens de collaboration entre l'équipe de soins et les familles sont dans une impasse, quand ces dernières présentent toujours une détresse importante malgré les interventions effectuées ou lorsque des dynamiques familiales demeurent complexes (Mottaghipour et Bickerton, 2005, cité dans Morin et coll., 2022)³.

C'est dans ce contexte de recherche constante de réponses aux besoins de l'entourage que s'est développée, entre 2012 et 2022 au Québec, la pair-aidance famille. Les pairs aidants famille sont des travailleurs rémunérés qui font partie intégrante des équipes de soins en santé mentale et qui offrent des

« C'est dans ce contexte de recherche constante de réponses aux besoins de l'entourage que s'est développée, entre 2012 et 2022 au Québec, la pair-aidance famille ».

³ Les trois premiers paliers visent à 1) individualiser la prise en charge des familles et créer un climat collaboratif entre l'équipe de soins, la personne et ses proches; 2) permettre aux familles d'acquérir des connaissances suffisantes concernant le trouble mental ainsi qu'un répertoire de compétences nécessaires pour faire face à la situation; 3) permettre aux familles de comprendre leur rôle de soutien et de reconnaître leur besoin d'aide; 4) joindre les familles entre elles et avec les organismes et associations de soutien aux familles.



Crédit photo : Pixabay.

services professionnels à l'entourage de personnes vivant ou ayant vécu avec des problèmes de santé mentale. La particularité du pair aidant famille est son savoir expérientiel, qu'il tire de son propre vécu. Il utilise judicieusement celui-ci comme principal outil de travail en combinaison avec des outils spécialisés pour accueillir les personnes de l'entourage, les guider dans les services, les mettre en confiance, les inspirer, les informer, normaliser leur situation, leur donner de l'espoir authentique, briser l'isolement et les soutenir à travers les différentes étapes du rétablissement personnel et familial. Ce soutien aux familles peut prendre plusieurs formes, notamment des discussions informelles et ponctuelles, des rencontres formelles en face à face, des groupes d'entraide et de soutien, des appels téléphoniques ou en visioconférence, etc. (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), 2021).

Si le soutien offert aux familles fait partie intégrante de la gamme de pratiques recommandées par les preuves scientifiques (Pharoah, 2010), le soutien particulier offert par des pairs aidants famille est quant à lui bien moins documenté. Cet article

visé à présenter brièvement l'élaboration et le déploiement de la pratique des pairs aidants famille au Québec. Il propose un tour d'horizon qui tient compte à la fois des transformations ayant marqué la pair-aidance en santé mentale, de l'état d'avancement des connaissances concernant ce type de soutien et des composantes plus spécifiques des accompagnements offerts par les pairs aidants famille. L'article se divise en cinq parties. La première met de l'avant la pair-aidance chez les personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale au Québec, une pratique innovante qui a précédé la pair-aidance famille au Québec. La deuxième dresse un bref portrait des besoins des familles qui soutiennent un proche vivant avec un trouble mental. La troisième présente un historique de la pair-aidance famille au Québec. La quatrième décrit l'état des travaux nationaux concernant les normes de pratique et de formation en lien avec la profession ainsi que la création entre les pairs aidants famille de la Communauté de pratique nationale des pairs aidants famille (CPNPAF). La cinquième partie conclut sur quelques enjeux et défis de l'intégration des pairs aidants famille dans les équipes en santé mentale.

1. La pair-aidance des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale au Québec

La pair-aidance professionnelle auprès des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale a précédé et inspiré la pair-aidance famille au Québec. Le principal programme québécois en pair-aidance professionnelle en santé mentale, Pairs Aidants Réseau (PAR), définit le pair aidant comme un membre à part entière du personnel de soins de santé mentale qui divulgue, dans le cadre de son travail, le fait de vivre ou d'avoir vécu avec un trouble mental. Le pair aidant possède des habiletés, des compétences et des qualités susceptibles d'être déployées en vue d'accompagner la personne dans son processus de rétablissement (inspiré de Gélinas, 2006).

L'utilité des pairs aidants est reconnue officiellement par le réseau public québécois depuis 2005 (Plans d'action en santé mentale 2005-2010 et 2015-2020; Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026). Le MSSS a lui-même demandé et financé le développement du programme PAR en 2006 et a prescrit à ses établissements des cibles d'embauche pour les programmes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable (St-Onge, Bossé et Rousseau, 2021). Le programme PAR a été, dès ses débuts, placé par le MSSS sous la responsabilité de l'AQRP et, momentanément, de l'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec (APUR), une organisation par et pour. Bâti avec l'aide d'un comité provincial d'experts de divers horizons (vécu, science, terrain, gestion) et de différents territoires, le programme PAR et son mandataire-gestionnaire, l'AQRP, ont reçu le triple mandat de 1) faire la promotion de la pair-aidance, 2) former et soutenir les pairs aidants, 3) soutenir les milieux d'embauche potentiels et actuels. En raison des avantages conférés par son financement public et son fonctionnement collaboratif avec toutes les parties prenantes à l'échelle nationale, ce programme est vite devenu, et demeure toujours, le plus important au Canada, avec à son actif en 2021 environ 220 pairs aidants formés.

Malgré la popularité croissante de ce mode de soutien, il reste encore des débats quant à la solidité des données probantes qui l'appuient (Chien et coll., 2019). Une partie des données sur la pair-aidance professionnelle provient d'ailleurs des études sur les bienfaits de l'entraide informelle. Ce soutien entre

pairs en santé mentale fait aujourd'hui partie des bonnes pratiques prônées par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2019). Il est associé à un meilleur engagement des personnes, à une plus grande satisfaction à l'égard de l'intervention, à une diminution du taux de rechutes et d'hospitalisations, à une réduction des effets de la stigmatisation sociale et internalisée, à une diminution du sentiment d'isolement ainsi qu'à un plus grand sentiment d'espoir et à une amélioration de la confiance en soi et de la qualité de vie (Chinman et coll., 2013; Mental Health America, 2019; Moran et coll., 2010; O'Connell et coll., 2018). Cette forme de soutien et d'entraide permet de croire en un rétablissement possible, les pairs pouvant servir de modèle en donnant l'espoir aux gens qu'ils aident qu'ils pourront eux aussi se rétablir (CSMC, 2019). Si elle favorise des changements positifs chez les personnes aidées, elle appuie également les pairs aidants eux-mêmes grâce, d'une part, au partage et au soutien mutuels dans certains cas (Leggatt et Woodland, 2016) et, d'autre part et surtout, grâce à l'acquisition par ces derniers d'un rôle social valorisé, celui de travailleur et de professionnel d'aide, statut qui vient avec plusieurs avantages observables (revenu, liens sociaux, occasions d'apprendre, etc.) et plus intangibles (sens du vécu, nouveau narratif de soi, etc.) (AQRP, 2021; Bracke, Christiaens et Verhaeghe, 2008; Ratzlaff et coll., 2006; Salzer et Shear, 2002). Le savoir expérientiel, dont la reconnaissance augmente au Québec, est jugé essentiel au processus de rétablissement et représente une ressource complémentaire aux interventions effectuées par les équipes en santé mentale (Godrie, 2021).

2. La recherche de réponses novatrices aux besoins de l'entourage

Les problèmes vécus par les PPA et les besoins de soutien de celles-ci pour y faire face sont de plus en plus connus et reconnus. Des études rapportent que plusieurs se sentent inquiètes et dépassées par le fait de devoir naviguer dans le système de soins sans avoir suffisamment de connaissances sur son fonctionnement (Godoy et coll., 2019; Markoulakis et coll., 2016). Les PPA affirment qu'elles manquent de renseignements sur les troubles mentaux et leurs traitements, et qu'elles reçoivent peu de conseils pouvant les aider à mieux interagir avec leur proche. Beaucoup se sentent isolées, impuissantes et incomprises, surtout dans les premières phases de la maladie de leur proche, ont l'impression d'être exclues de l'intervention et de ne pas recevoir un soutien émotionnel suffisant (Bonin et coll., 2014; Hopkins et coll., 2020; Leggatt et Woodland, 2016; Levasseur et coll., 2019). En réponse à certains de ces besoins, il est reconnu que la possibilité d'avoir un modèle de rétablissement personnel et familial, de partager une relation d'égal à égal avec un professionnel de la santé mentale, de s'identifier, de se sentir écouté et compris, et d'aller chercher plus facilement de l'information, du soutien et de nouvelles compétences peut alléger la situation de l'entourage, réduire le sentiment d'impuissance et d'anxiété, et augmenter le sentiment d'espoir (Bonin et coll., 2014; Briand, St-Paul et Dubé, 2016; CSMC, 2016; Leclerc et Thérien, 2012; Rey, Lourioux et d'Amato, 2019). Si l'accompagnement par les pairs aidants en rétablissement a fait l'objet de nombreuses études, l'accompagnement par les pairs aidants famille, considéré par certains comme une solution novatrice complémentaire à ce qui existe pour répondre aux besoins des familles, demeure très peu documenté.

3. La naissance de la pair-aidance famille au Québec

C'est en 2020 qu'un comité national sur la pair-aidance famille voit le jour à l'initiative de l'AQRP qui désirait rassembler toutes les parties prenantes afin d'ouvrir un dialogue national et de parvenir à une collaboration favorisant le développement du rôle et de la profession. Ce comité rassemble un éventail représentatif des parties prenantes afin que tous les aspects de la profession soient considérés et que chacun puisse s'approprier la pratique et influencer son développement.

Au cours des premières discussions au comité national (voir la figure 1), il a été souligné qu'avant même de parler de pair-aidance famille, plusieurs intervenants qui soutiennent les membres de l'entourage dans les organismes communautaires (et parfois dans le réseau public) portaient également le chapeau de membre de l'entourage et dévoilaient leur vécu lorsque cela s'avérait utile. Cette pratique, non documentée, était le fruit d'initiatives individuelles et variait grandement d'un endroit à l'autre – à l'instar de la pair-aidance en santé mentale à ses débuts.

Trois initiatives montréalaises ont été précurseuses de la pair-aidance famille au Québec. Les deux premières ont vu le jour en 2012 à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. L'une se voulait un projet ponctuel où une personne de l'entourage était embauchée pour travailler à la clinique des premières psychoses. L'autre, indépendante de la première, était une initiative d'AMI-Québec qui souhaitait rendre accessible la pair-aidance famille dans les services d'urgence de l'Institut. Il s'agissait de projets locaux qui, mis à part le fait d'être des exemples à suivre, n'avaient pas pour ambition de développer la pratique pour en faire profiter toute la province. La troisième initiative provient de la Société québécoise de la schizophrénie (SQS) et a débuté en 2013 par un projet pilote d'une durée de 18 mois, en collaboration avec l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et la chercheuse Catherine Briand, afin de vérifier la pertinence et la faisabilité de ce type d'approche et d'en explorer les effets perçus. Dans la même foulée, la SQS a développé, conjointement avec l'AQRP, un programme de formation pour les pairs aidants famille.

« Avant même de parler de pair-aidance famille, plusieurs intervenants qui soutiennent les membres de l'entourage dans les organismes communautaires (et parfois dans le réseau public) portaient également le chapeau de membre de l'entourage et dévoilaient leur vécu lorsque cela s'avérait utile ».

Figure 1 : Composition du comité national sur la pair-aidance famille (AQRP, 2021)



Le suivi d'implantation de la première année de mise en œuvre du projet a permis de documenter plusieurs bienfaits pour les PPA, notamment un accès plus rapide et direct à une personne-ressource, à de l'aide spécifique et à l'information sur la situation, le système, le trouble mental et les ressources existantes (Briand, St-Paul et Dubé, 2016). Ces résultats corroborent ceux d'autres études portant sur l'intervention des pairs aidants famille qui ont vu le jour au Canada (Grey Bruce Community Health Corporation, 2009) et dans d'autres pays dont l'Inde (Mahomed et coll., 2019), l'Australie (Hopkins et coll., 2020; Leggatt et Woodland, 2016) et Israël (Shor et Birnbaum, 2012), même si le rôle du pair aidant famille et l'éventail des modèles actuellement en vigueur varient largement d'un pays à l'autre. Il est à noter

Crédit photo : Marlene Leppanën.



que les accompagnements pairs aidants famille ne remplacent pas les interventions familiales, ils sont plutôt complémentaires (Briand, St-Paul et Dubé, 2016). Malgré les résultats prometteurs de cette nouvelle approche d'accompagnement, le rôle de pair aidant famille demeure à ce jour peu étudié (Acric et coll., 2017; Levasseur et coll., 2019).

En 2019, sept ans après les premières initiatives et trois cohortes formées, seulement dix pairs aidants famille avaient été embauchés par le réseau communautaire (sans avoir de lien d'emploi direct avec le réseau public) pour travailler dans différents établissements, entre autres à la SQS et à l'IUSMM. Cependant, ces pairs aidants famille ne partageaient pas les mêmes rôles et responsabilités, n'avaient pas la même formation et les mêmes outils, travaillaient dans des contextes différents les uns des autres et n'avaient pas la même intégration et implication dans les équipes. En plus de ces disparités, certains pairs aidants famille affirmaient que la formation, les supervisions, les conditions de travail, le soutien ou même leur bonne utilisation pouvaient être améliorés. Le développement était alors morcelé, presque anecdotique. L'année 2020 a apporté un vent de changement, le RAC ayant le désir de soutenir différentes initiatives, dont la pair-aidance famille, d'assurer une réponse adéquate aux besoins des PPA et de protéger les intérêts de ses membres. Le réseau public se montrait de plus en plus ouvert à la proche-aidance et à la pair-aidance et plusieurs groupes locaux s'orientaient dans le même sens. En plus des initiatives déjà en place, plusieurs projets indépendants étaient contemplés ou en démarrage⁴. Même s'il existait de nombreux points communs, la dénomination variait d'un endroit à l'autre, tout comme les rôles, les tâches, les responsabilités, les limites et les outils employés. Par exemple, certains milieux pensaient embaucher des pairs aidants famille, d'autres les inviter à titre de bénévoles. Certains souhaitaient une formation très poussée et d'autres, aucune formation, les pairs aidants famille étant considérés comme déjà compétents en vertu de leur expérience vécue.

⁴ Capitale-Nationale (projet pilote régional de quatre points de service), Laurentides (projet régional de la Halte avec l'urgence du CISSS), Saguenay-Lac-Saint-Jean (projet pilote régional de trois points de service) de même que des mentions d'intérêt en Mauricie, à Laval, en Outaouais, en Montérégie, dans le Bas-Saint-Laurent et dans de nouveaux lieux de Montréal.

C'est dans ce contexte (2019-2020) que l'AQRP a reçu plusieurs demandes pour développer et encadrer les services de pairs aidants famille dans les organismes et que le comité national a été mis en place. L'AQRP a alors rassemblé tous les acteurs intéressés par le développement de la profession, constatant 1) des besoins partagés de renseignements sur la pair-aidance famille, 2) un désir de plusieurs acteurs d'être reconnus comme chefs de file de la pratique, 3) un risque pour la profession naissante de se diversifier localement au point de ne plus pouvoir avoir de reconnaissance au niveau provincial, 4) une impossibilité d'imposer une vision unique de la pair-aidance famille aux différents acteurs, et donc 5) une occasion à saisir pour soutenir un vrai développement de la profession sur le plan provincial. Pendant cette période, l'AQRP a reçu un soutien financier du MSSS lui confiant le mandat de consolider une formation nationale et de planifier un programme de soutien. En parallèle, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS CN) finançait un projet pilote régional d'envergure de pairs aidants famille avec les quatre organismes appuyant les membres de l'entourage dans la région (La Boussole, L'Arc-en-Ciel de Portneuf, Le Cercle Polaire, La Marée) – le tout avec l'apport de l'AQRP pour la formation, l'accompagnement des milieux et des pairs aidants famille, ainsi que le soutien à la recherche. Ces deux projets (le régional et le national) ont servi de base au comité national qui s'est entendu sur quelques objectifs, dont l'ouverture d'un dialogue sur la pair-aidance, la production de balises communes et utiles à tous, et la coconstruction, avec les parties prenantes, d'un programme national de pair-aidance famille.

4. Des normes de pratique et de formation des pairs aidants famille du Québec

Si les interventions offertes par des pairs aidants famille sont appréciées et bénéfiques pour les PPA, cette pratique innovante et progressiste soulève néanmoins quelques enjeux et défis sur le terrain. Une certaine ambiguïté subsiste encore quant aux effets réels de cette forme de soutien sur les PPA, aux attentes et aux limites relatives à ce rôle, à la formation des pairs aidants famille et à leur relation avec les intervenants (Walker et Bryant, 2013).

La rédaction de normes de pratique et la remise d'une attestation (UQAR-AQRP) à la suite de la formation des pairs aidants famille au Québec

visent à clarifier plusieurs de ces éléments et se font en relation étroite avec le développement du projet national général. Le programme de formation est basé sur de nombreuses consultations de même que sur une recension portant sur plusieurs programmes de pairs aidants famille américains, sur les expériences locales et les quelques études internationales sur la pair-aidance famille, sur les écrits concernant le rétablissement et l'entraide familiale, les services et outils pour soutenir les familles, en plus de puiser dans le programme AQRP-SQS ainsi que dans le programme actuel PAR, toujours amélioré grâce à un comité de suivi. À ces écrits se sont ajoutées des entrevues individuelles et la consultation des membres du comité national et des personnes qu'ils représentent à travers des groupes de discussion. De nombreux experts internationaux ont aussi apporté leur vision et leurs outils à la formation⁵. Ces travaux ont mené à l'écriture d'une définition consensuelle de base de la pair-aidance famille servant à circonscrire son caractère distinct, à identifier les qualités et connaissances jugées essentielles à la personne qui pratique la profession, ainsi que l'éventail des tâches et des rôles souhaités pour un pair aidant famille. Un code d'éthique, révélant entre autres les valeurs communes à la profession, a aussi été créé de même que des outils

⁵ Nous tenons à souligner l'apport considérable de Manon Dion (Réseau Avant de Craquer, la réalité de l'entourage), Steve Dubois (spécialiste en rétablissement familial), Marie-Hélène Morin (UQAR), Diane Zaerr Brenneman (Iowa University), Patrick Yao Tang (Peer for Progress), Dre Patricia Lingley-Pottie (Strongest Families Institute), Dr Daniel Fisher (National Empowerment Center), Catherine Serrano-Parent (Action Autonomie), Patricia Deegan et Alison Styles (Common Ground Program), François Lauzier-Jobin (soutien social, Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale), Régis Villeneuve (garde en établissements, CIUSSS de l'Ouest de Montréal), Janique Johnson-Lafleur (CIUSSS Centre Ouest de Montréal), Patrick Corrigan (Illinois Institute of Technology), Laurence Caron (AQRP), Julie Nadeau (Julie Urgence), Marie-Eve Caron (Santé Familles), Luc Vigneault (pair aidant et patient partenaire), Marie Gagné (formatrice rétablissement), Karine L'espérance (paire aidante), Richard Langlois (coach conférencier et auteur), plusieurs pairs aidants famille (dont Marie-Anne Levasseur, Yasmina Lahlou, Céline Myre, Diane Riendeau, Julie Coulombe, Magali Lefebvre, Sylvie Bouchard, Ginette Godin), intervenants et gestionnaires (dont Christiane Yelle, Maryse Proulx, Alice Charasse, Jean-Philippe Mercier, Catherine Joly, et membres de l'entourage (Diane Lessard, Hélène Leblanc).

spécifiques et des stratégies particulières de travail s'adaptant aux différents contextes. De plus, la CPNPAF, qui a été créée tout récemment par et pour les pairs aidants famille, a pour objectif principal de maintenir une structure qui permet à ses membres de promouvoir les meilleures pratiques et de renforcer les capacités communes en matière de soutien par les pairs aidants famille dans l'ensemble des organismes, des agences et des institutions en soins de santé à travers le Québec.

Le cadre de référence de la profession, actuellement en processus de rédaction, vise à inclure tous ces éléments dans des sections destinées tantôt aux familles, tantôt aux pairs aidants famille, aux gestionnaires et aux intervenants. Ce cadre intègrera aussi les normes de formation liées aux travaux susmentionnés couplées aux expériences de trois projets pilote 2021-2022 de formation et mettra l'accent sur l'acquisition des qualités et des connaissances identifiées précédemment. Selon l'AQRP, les employeurs (organismes communautaires et établissements du réseau public) ont toujours la liberté d'embaucher les personnes qu'ils désirent, formées ou non, et de leur donner les tâches qu'ils jugent les plus pertinentes, mais ils pourront compter sur des documents pouvant les inspirer, les guider et les amener à aller plus loin dans leur réflexion sur les services pouvant être offerts par les pairs aidants famille (AQRP, 2021). Au-delà des documents de référence, un soutien des milieux par un programme centralisé ou du mentorat par des personnes-ressources s'avère incontournable pour appuyer le déploiement de cette pratique novatrice et dénouer les enjeux qui pourront être rencontrés.

5. L'intégration des pairs aidants famille dans les services en santé mentale : quelques enjeux et défis

Plusieurs des initiatives de pair-aidance mises en place jusqu'ici n'offrent pas toujours les moyens structurels pour accompagner les pairs aidants famille ni pour soutenir les milieux qui les accueillent (Jenkins, Chenneville et Sanaitis, 2018). L'absence de mécanisme de suivi de cette nouvelle pratique peut mener à des conflits disciplinaires et de rôles (Lierville, Grou et Pelletier, 2015) où l'on se demande si les pairs aidants famille font partie intégrante de l'équipe d'intervention ou s'ils sont des partenaires externes (Briand, St-Paul et Dubé, 2016), s'ils sont des bénévoles ou des professionnels ou encore s'ils risquent de « voler les emplois des autres intervenants ». Leurs interventions peuvent donc susciter des inquiétudes

et des questionnements, notamment sur le plan du partage de renseignements confidentiels entre pairs aidants famille et intervenants (Briand, St-Paul et Dubé, 2016; Lierville, Grou et Pelletier, 2015; Morin et coll., 2022). Le rôle des pairs aidants famille exige un équilibre prudent entre l'empathie envers les familles et le respect des limites professionnelles régies entre autres par les règles de confidentialité (Leggatt et Woodland, 2016; Morin et coll., 2022). Les équipes d'intervention ont néanmoins la responsabilité de reconnaître ce savoir expérientiel et de respecter la contribution particulière des pairs aidants famille dans l'accompagnement des PPA, leur permettant de reprendre un certain contrôle sur leur vie et de retrouver l'espoir (Briand, St-Paul et Dubé, 2016; Lévasseur et coll., 2019; Morin et coll., 2022). Par conséquent, il est important de diffuser une compréhension plus claire de leur rôle et de la façon dont ils peuvent être mis à contribution le plus efficacement possible (Hopkins et coll., 2020; Lévasseur et coll., 2019). C'est ce à quoi s'affaire actuellement le Comité national sur la pair-aidance famille.

Conclusion

« Le rôle des pairs aidants famille exige un équilibre prudent entre l'empathie envers les familles et le respect des limites professionnelles régies entre autres par les règles de confidentialité (Leggatt et Woodland, 2016; Morin et coll., 2022). Les équipes d'intervention ont néanmoins la responsabilité de reconnaître ce savoir expérientiel et de respecter la contribution particulière des pairs aidants famille dans l'accompagnement des PPA, leur permettant de reprendre un certain contrôle sur leur vie et de retrouver l'espoir (Briand, St-Paul et Dubé, 2016; Lévasseur et coll., 2019; Morin et coll., 2022) ».

La pair-aidance famille bénéficie d'un gain de popularité au Québec. La simple mobilisation du Comité national sur la pair-aidance famille, composé de nombreux chefs de file en santé mentale du Québec, indique que l'avis professionnel d'une diversité d'acteurs penche vers un préjugé favorable envers la pratique et ses possibles retombées. Les études répertoriées à ce jour vont dans le même sens que ces avis, et il est possible d'observer, à partir de témoignages récoltés dans des rapports internes d'organismes, qu'une partie de la clientèle des services famille (notamment la SQS, l'AQPAMM, AMI-Québec, Le Cercle Polaire, La Marée, L'Arc-en-Ciel, La Boussole, la ligne téléphonique provinciale Pairs Aidants Famille, le Périscope) apprécie particulièrement l'apport de la pair-aidance famille. Les travaux visant une cohérence nationale de la pratique sont bien avancés. De même, le cadre de référence (2022) et les ateliers pour mettre à jour les défis d'intégration des pairs aidants famille dans différents services (premières psychoses, CLSC,

Aires ouvertes, scolaires, associations famille, urgences, etc.) sont amorcés. Avec l'engagement au soutien de la pratique par le MSSS (PAISM, 2022), les travaux de recherche en démarrage de l'équipe de Marie-Hélène Morin (Université du Québec à Rimouski (UQAR)), le soutien du RAC à chaque étape du développement de la pratique, la participation active de la CPNPAF (envers ses membres et le projet national) ainsi que la stabilité apportée par la coordination du projet par l'AQRP, il semble que tout le Québec a, dans ce dossier, le désir d'avancer dans la même direction : vers l'accès à une pair-aidance famille de qualité pour toutes les familles du Québec.

Crédit photo : Bahaa Hawqi.



Encadré 1 : La contribution de la recherche pour soutenir le déploiement de la pair-aidance famille au Québec

Étude multicentrique visant à documenter et à soutenir le déploiement de la pratique des pairs aidants famille au Québec

À l'automne 2021, l'équipe de M.-H. Morin et ses collaborateurs¹ a déposé une demande de subvention au Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (demande qui a été acceptée au printemps 2022) afin de répondre au besoin de recherche dans ce domaine actuellement en effervescence. Les objectifs de l'étude sont cohérents avec les lignes directrices du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, du PAISM 2022-2026 et du cadre d'action de la CSMC (2017-2022) qui invitent tant les personnes ayant un vécu expérientiel que les PPA à tenir un rôle de premier plan dans le système de santé mentale au

¹ L'équipe de recherche se compose de quatre chercheurs : Marie-Hélène Morin, chercheuse principale, professeure au Département de psychosociologie et de travail social de l'UQAR et cotitulaire de la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS); Marc-André Roy, médecin psychiatre à la Clinique Notre-Dame des Victoires de Québec et professeur de psychiatrie et de neurosciences à la Faculté de médecine de l'Université Laval; Christiane Bergeron-Leclerc, professeure à l'Unité d'enseignement en travail social de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC); Catherine Briand, professeure au Département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), et de onze collaborateurs : Mary Anne Levasseur, paire aidante famille; Antoine Boivin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; Audrey L'Espérance, responsable scientifique au Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP); Cynthia Tardif, directrice générale, et Audrey Bouchard, responsable du soutien aux proches, au Centre de rétablissement Le Renfort; Marie-Ève Leblond, directrice générale, et Audrey Simard, chargée de projet Proches et pairs, au Cercle Polaire; Alice Charasse, directrice générale à la SQS; René Cloutier, directeur général au Réseau Avant de Craquer; Diane Harvey, directrice générale, et Laurence Caron, chargé de projet Pairs aidants à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

Québec et au Canada. Ils répondent également aux recommandations officielles du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'Organisation mondiale de la santé qui favorise le développement de réseaux d'entraide et qui plaide pour une généralisation de la participation des porteurs de savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale. Ce projet de recherche vise à documenter l'expérimentation de l'intervention de la pair-aidance famille, à approfondir les connaissances sur cette approche dans le domaine de la santé mentale et à combler les lacunes des études existantes. Il permettra également de soutenir le développement et le déploiement de l'intervention des pairs aidants famille dans les milieux communautaires et institutionnels au Québec.

Programme Engagement des Fonds de recherche du Québec (FRQ)

Depuis janvier 2022, Marie-Hélène Morin et une paire aidante famille de la SQS, Julie Coulombe, forment un duo chercheuse-citoyenne qui a obtenu un financement des FRQ. Le travail de ce duo vise à répondre à une question de recherche déposée par la citoyenne afin de mieux comprendre la contribution des pairs aidants famille pour soutenir les proches aidants dans le système de soins et de services en santé mentale. C'est dans une perspective de recherche participative que ce duo documentera cette pratique de soutien en émergence afin de la faire connaître au Québec, tout en mettant à profit le savoir expérientiel des membres de la communauté de pratique des pairs aidants famille.

<https://frq.gouv.qc.ca/liste-des-recipientaires-programme-engagement-phase-demarrage/>

Références

- Acari, M. et coll. (2017). « Peer Models in Mental Health for Caregivers and Families », *Community Mental Health Journal*, 53(2), 241-249.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2021). *Plan d'action nationale sur la consolidation et le développement du travail de pair-aidance famille (PAF)*, Québec, l'Association.
- Bland, R., G. Drake et J. Drayton. (2021). *Social Work Practice in Mental Health: An Introduction* (3rd ed), New York, Routledge.
- Bonin, J.-P. et coll. (2014). « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, 39(1), 159-173.
- Bracke, P., W. Christiaens et M. Verhaeghe. (2008). « Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons With Chronic Mental Health Problems », *Journal of Applied Social Psychology*, 38(2), 436-459.
- Briand, C., R.-A. St-Paul et F. Dubé. (2016). « Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l'initiative Pair Aidant Famille », *Revue Santé mentale au Québec*, 41(2), 177-195.
- Chien, W. T. et coll. (2019). « Peer Support for People with Schizophrenia or Other Serious Mental Illness », *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010880.pub2/full>.
- Chinman, M. et coll. (2013). « A Cluster Randomized Trial of Adding Peer Specialists to Intensive Case Management Teams in the Veterans Health Administration », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 109-121.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2016). Pour faire progresser la Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada : *Cadre d'action (2017-2022)*, Ottawa, la Commission.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Guide des pratiques prometteuses : Mobiliser les proches aidants dans les services de santé mentale et des dépendances au Canada*, Ottawa, la Commission.
- Fradet, H. (2012). « Il était une fois une famille », *le partenaire*, 20(4), 11-17.
- Gélinas, D. (2006). « L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale », *le partenaire*, 14(1), 9-41.
- Godoy, L. et coll. (2019). « Increasing Mental Health Engagement From Primary Care: The Potential Role of Family Navigation », *Pediatrics*, 143(4), e20182418.
- Godrie, B. (2020). « Vécu, témoignage, savoirs expérientiels et savoirs hybrides. Une analyse empirique des savoirs expérientiels des pairs aidants », dans N. Franck et C. Cellard (Éd.), *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 18-29.
- Grey Bruce Community Health Corporation et Grey Bruce Health Services. (2009). *Family Crisis Support Project: A Collaborative Approach to Serving Families in Grey Bruce*, procédure de la conférence Making Gains de 2009, Toronto, Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Ontario.
- Hopkins, L. et coll. (2020). « Supporting the Support Network: The Value of Family Peer Work in Youth Mental Health Care », *Community Mental Health Journal*, 57(5), 926-936.
- Jenkins, S., T. Chenneville et C. Salnaitis. (2018). « Are Peer Specialists Happy on the Job? », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(1), 72-75.
- Lauzier-Jobin, F. et J. Houle. (2021). « Caregiver Support in Mental Health Recovery: A Critical Realist Qualitative Research », *Qualitative Health Research*, 31(13), 2440-2453.
- Leclerc, C. et P. Thérien. (2012). « Les interventions destinées aux proches des personnes souffrant de troubles mentaux », dans T. Lecomte et C. Leclerc (Éd.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 209-224.
- Leggatt, M. et G. Woodland. (2016). « Family Peer Support Work in an Early Intervention Youth Mental Health Service », *Early Intervention in Psychiatry*, 10(5), 446-451.
- Levasseur, M. et coll. (2019). « Peer-Driven Family Support Services in the Context of First-Episode Psychosis: Participant Perceptions from a Canadian Early Intervention Programme », *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 335-341.

- Lierville, A.-L., C. Grou et J.-F. Pelletier. (2015). « Enjeux éthiques potentiels liés aux partenariats patients en psychiatrie : État de situation à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal », *Santé mentale au Québec*, 40(1), 119-134.
- Mahomed, F. et coll. (2019). « They Love Me, but They Don't Understand Me: Family Support and Stigmatisation of Mental Health Service Users in Gujarat », *The International Journal of Social Psychiatry*, 65(1), 73-79.
- Markoulakis, R. et coll. (2016). « An Innovation in Working with Families to Match Mental Health Services with their Youth's Needs », *Canadian Journal of Community Mental Health*, 35(1), 63-66.
- Mental Health America. (2019). Evidence for Peer Support. <https://www.mhanational.org/peer-support-research-and-reports#2>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, le Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Québec, le Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: Faire ensemble autrement*, Québec, le Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*, Québec, le Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement – Politique nationale pour les personnes proches aidantes*, Québec, le Gouvernement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*, Québec, le Gouvernement.
- Moran, G. S. et coll. (2010). « Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers with Psychiatric Illnesses », *Qualitative Health Research*, 22(3), 304-319.
- Morin, M.-H. (2012). « D'agent causal... à famille compétente : Un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale », *le partenaire*, 20(4), 4-10.
- Morin, M.-H. et coll. (2022). « Les approches familiales en intervention précoce : Repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PPEP) », *Revue Santé mentale au Québec*, 46(2), 139-159.
- O'Connell, M. et coll. (2018). « Outcomes of a Peer Mentor Intervention for Persons with Recurrent Psychiatric Hospitalization », *Psychiatric Services*, 69(7), 760-767.
- Oluwoye, O. et coll. (2020). « The Impact of Early Family Contact on Quality of Life Among Non-Hispanic Blacks and Whites in the RAISE-ETP Trial », *Schizophrenia Research*, 216, 523-525.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, l'Organisation.
- Pharoah, F. et coll. (2010). « Family Intervention for Schizophrenia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000088.
- Ratzlaff, S. et coll. (2006). « The Kansas Consumer as Provider Program: Measuring the Effects of a Supported Education Initiative », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174-182.
- Réseau Avant de Craquer. (2018). *Campagne électorale : Les familles réclament un nouveau plan d'action en santé mentale pour le Québec*, dans CNW Telbec, communication 19 août 2018.
- Rey, R., C. Lourioux et T. d'Amato. (2019). « Comment aider les proches? », dans L. Lecardeur (Éd.), *Troubles psychotiques : Protocoles d'intervention précoce. Le guide du clinicien*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 155-164.
- Salzer, M. S. et S. L. Shear. (2002). « Identifying Consumer-Provider Benefits in Evaluations of Consumer-Delivered Services », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288.

Shor, R. et M. Birnbaum. (2012). « Meeting Unmet Needs of Families of Persons with Mental Illness: Evaluation of a Family Peer Support Helpline », *Community Mental Health Journal*, 48(4), 482-488.

St-Onge, M., A. Bossé et S. Rousseau. (2021). « Formation à la pair-aidance au Québec », dans N. Franck et C. Cellard (Éd.), *Pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 224-237.

Villeneuve, C. (2006). *L'intervention en santé mentale : Le pouvoir thérapeutique de la famille*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Walker, G. et W. Bryant. (2013). « Peer Support in Adult Mental Health Services: A Metasynthesis of Qualitative Findings », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28-34.

Wyder, M. et coll. (2021). « Relational Recovery for Mental Health Carers and Family: Relationships, Complexity and Possibilities », *The British Journal of Social Work*, 2(3), 1325-1340. doi: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcab149>.



En route vers la pleine reconnaissance du savoir expérientiel dans le milieu de la dépendance

Auteurs : Contenu, réflexions et propos issus de membres du Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance de l'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ)

Rédigé par :

Vanessa Nonat, responsable
des communications et conseillère
en développement, AIDQ

Nicolas Perron-Trudel, agent de
soutien au développement, AIDQ



N. B. Cet article a été rédigé en février 2021. Le contenu ici présenté ne reflète pas l'entièreté des développements survenus depuis dans le projet.

La collaboration intersectorielle : l'exemple des milieux de la santé mentale, de la dépendance et de la réduction des méfaits

Aujourd'hui, le développement des services intégrés est l'un des plaidoyers qui occupe de plus en plus la place publique. Son but est clair : offrir une meilleure réponse aux besoins de la population et un accès moins morcelé aux services. Fort d'initiatives et de pratiques déjà existantes dans les différents milieux de la dépendance, de la réduction des méfaits et de la santé mentale, le partage d'expériences et d'expertises ainsi que la collaboration entre les acteurs(trice)s de ces secteurs d'intervention permettent de pousser la réflexion plus loin, de s'interroger sur des enjeux spécifiques et d'enrichir la pratique en lien avec la valorisation du savoir d'expérience, ceci dans tous les milieux. En exemple, une collaboration telle que celle créée entre l'AIDQ et son partenaire l'AQRP dans le cadre du projet ici présenté permet des retombées dont bénéficient non seulement leurs publics respectifs, mais également l'ensemble de la collectivité. En ce sens, la voix des PSE dans le cadre du projet ici présenté est essentielle pour atténuer une dichotomie souvent observée entre deux secteurs pourtant complémentaires, soit le secteur de la santé mentale et celui de la dépendance, incluant la réduction des méfaits.

Malgré l'arrimage nécessaire entre les deux secteurs, les programmes s'adressant aux PSE ou aux milieux d'embauche peuvent comporter autant de similitudes que de différences en vertu des réalités qui leur sont propres. Par exemple, le programme de formation Pairs Aidants Réseau de l'AQRP privilégie les candidatures de participant(e)s qui sont stables ou bien ancré(e)s dans un processus de rétablissement. Cependant, le milieu de la dépendance, particulièrement dans le champ de la réduction des méfaits, n'accorde pas la même valeur à cette dernière notion. Le terme « rétablissement » a pour plusieurs une connotation stigmatisante, suggérant l'abstinence comme seule voie menant vers l'épanouissement personnel. Plusieurs disent que l'usage de substances psychoactives ne rend « ni malade ni coupable ».

Restreindre le savoir expérientiel lié à l'usage de substances à la notion de « rétablissement » évoque donc de grandes résonances avec les politiques répressives découlant de la guerre à la drogue. Lorsque des personnes vivent des problématiques liées à l'usage, ces problématiques sont plutôt le symptôme de difficultés sous-jacentes, parfois issues d'un parcours de vie difficile certes, mais la plupart du temps liées à des enjeux systémiques menant à la marginalisation des personnes utilisatrices de drogues. Le défi d'accès à des services adaptés aux personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance en est entre autres un bon exemple. Ainsi, en matière d'usage de substances, centrer l'utilisation judicieuse du vécu des PSE uniquement sur la notion de « rétablissement » est une avenue d'une part réductrice. D'autre part, ceci pourrait aussi exclure les personnes qui ne vivent pas nécessairement une problématique directe en lien avec leur usage. Pour valoriser pleinement le savoir expérientiel lié à l'usage de substances, il importe donc de considérer l'ensemble du spectre de consommation et de tenir compte de la diversité des parcours des PSE.

Ainsi, le projet mené par l'AIDQ et ses partenaires, dont l'AQRP, permet de mettre en lumière des enjeux spécifiques liés aux particularités des milieux et des populations cibles. Cette collaboration intersectorielle est nécessaire pour développer des pratiques organisationnelles et des programmes qui tiennent compte de la diversité des parcours des PSE, des diverses approches d'intervention coexistantes, ainsi que des défis éthiques et déontologiques propres à chaque milieu et champ de pratique. Eu égard aux secteurs touchés, un but commun demeure : celui d'outiller l'ensemble des parties prenantes concernées par la valorisation du savoir expérientiel afin que les populations cibles puissent bénéficier de services de qualité.

Pendant longtemps, les professionnel(le)s de l'intervention psychosociale et de la recherche ont eu la mainmise sur le développement des nouvelles pratiques en matière de dépendance et d'usage de substances. Toutefois, des initiatives telles que *Rien sur nous sans nous*¹⁹, *Pairologie*²⁰ et la *Charte des pairs*⁷ ont permis de militer afin de faire reconnaître l'expertise unique des personnes ayant un savoir expérientiel (PSE), soit les personnes utilisant ou ayant utilisé des drogues¹ au cours de leur vie qui ont tiré de leur expérience de vie personnelle ou collective un apprentissage riche et pertinent. Bien que croissante, cette reconnaissance tarde encore à se traduire concrètement dans les conditions de travail des PSE, qui se sentent souvent comme des employé(e)s de moindre importance.^{19,20} Force est de constater que beaucoup de chemin reste à faire en matière de reconnaissance et d'intégration des PSE dans les milieux œuvrant en dépendance et en réduction des méfaits. Reconnaisant ce savoir expérientiel et sa plus-value, le présent article vise à promouvoir la place des PSE dans le milieu de la dépendance, à porter un regard critique sur leur situation actuelle dans les milieux d'embauche et à proposer un projet fédérateur de changements basé sur une approche inclusive.

Les fondements de la démarche

L'Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ) s'implique depuis plusieurs années dans des projets visant la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel (PSE), que ce soit pour des événements de transfert de connaissances, des activités liées à la recherche ou encore dans le cadre du programme provincial de formation en prévention des surdoses d'opioïdes PROFAN 2.0, développé conjointement avec l'association de pair(e)s Méta d'Âme.

En 2019, s'inscrivant dans l'esprit promu par le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 vis-à-vis de la pratique d'intervention par les pairs¹⁵, l'AIDQ a obtenu un financement pour démarrer un projet à portée provinciale visant la reconnaissance

¹ Ici, le mot « drogues » réfère aux substances psychoactives (SPA) illicites et non contrôlées par les lois. Les SPA quant à elles regroupent les drogues, les médicaments de prescription, le cannabis, la nicotine, l'alcool, la caféine, etc. Par la connotation marginale du mot « drogue(s) », les personnes utilisatrices de drogues sont un sous-groupe particulièrement marginalisé de la population des personnes utilisatrices de SPA.

et la valorisation des PSE et leur intégration au sein des pratiques en dépendance et en réduction des méfaits. Ultimement, le projet vise à promouvoir et à soutenir l'intégration de ces personnes au sein des milieux et des services qui rejoignent spécifiquement les personnes utilisatrices de SPA.

Au cœur de ce projet, la création du Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance porté par l'AIDQ a permis d'échanger sur les réalités vécues par les PSE, et ainsi de structurer un projet qui reflète leurs besoins et intérêts. Dès les premières rencontres, le comité s'est donné comme objectif de travailler à une meilleure valorisation et intégration des PSE dans les milieux œuvrant en dépendance et en réduction des méfaits en favorisant le développement de pratiques inclusives au sein des organisations.

Ce projet repose donc sur une approche de codéveloppement et s'actualise dans la collaboration, la mise en commun des expertises, la concertation, le développement des compétences, de même que le soutien professionnel de l'ensemble des personnes œuvrant dans le milieu de la dépendance et de la réduction des méfaits.

Dans ce même contexte et afin d'explorer les modalités de soutien et d'accompagnement pouvant favoriser l'implication et l'embauche de PSE dans

« En 2019, s'inscrivant dans l'esprit promu par le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 vis-à-vis de la pratique d'intervention par les pairs¹⁵, l'AIDQ a obtenu un financement pour démarrer un projet à portée provinciale visant la reconnaissance et la valorisation des PSE et leur intégration au sein des pratiques en dépendance et en réduction des méfaits ».

le milieu de la dépendance, l'AIDQ a sollicité l'appui de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), une organisation qui œuvre, depuis plus de 20 ans à l'intégration des PSE dans le milieu de la santé mentale, tant dans le secteur communautaire que dans le réseau public. Cette approche s'est conclue par un partenariat fructueux basé sur un partage d'expertises et l'élaboration d'un projet structurant, accueilli à bras ouverts par les diverses parties prenantes.

Cette pratique ayant émergé en premier lieu dans le champ de la dépendance, la combinaison des expériences et des réussites de nos milieux respectifs en fera un gage de succès pour la réalisation de ce projet ambitieux, mais réaliste, novateur, inclusif et surtout, des plus pertinent!
(Diane Harvey, directrice générale, AQRP)

Le présent article vise à encourager et à soutenir la mise en place d'initiatives semblables, en partageant des approches et des stratégies privilégiées par les parties prenantes. Il présente également à titre d'exemple certaines conclusions issues de ces travaux collaboratifs et met en lumière certains défis rencontrés, de même que des pistes de solutions à explorer pour y répondre.

[...] peut-être que ça va aider les autres organismes à faire comme " Ok, bien eux, ils font ça, nous aussi on va impliquer nos membres, on va les écouter, on va avancer avec eux " [...] (Mélodie, organisatrice communautaire, Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD))

Être une personne ayant un savoir expérientiel :

Au cours de sa vie, toute personne développe un savoir expérientiel en se bâtissant une boîte à outils qui lui permet de faire face aux défis. À sa plus simple expression, le savoir expérientiel peut être défini comme l'ensemble des connaissances acquises à partir d'expériences vécues.⁸ Dans le milieu de l'usage de substances, les PSE partagent généralement avec d'autres des similitudes dans leur histoire de vie, notamment en ce qui touche la marginalisation et la stigmatisation liées à l'usage de drogues. Comme quiconque, chaque PSE développe aussi un bagage d'expérience qui lui est propre. Le savoir expérientiel inclut donc le bagage acquis dans l'ensemble des sphères de la vie, que ce soit dans le rôle de parents, de grands-parents, d'ami(e)s, d'étudiant(e)s, de travailleur(euse)s, etc.

Ainsi, malgré l'absence d'un consensus clair sur la terminologie à utiliser, l'appellation « personne ayant un savoir expérientiel » (PSE) est utilisée dans le présent article pour identifier toute personne qui estime avoir fait usage de façon significative de SPA au cours de sa vie et qui estime avoir extrait de son vécu un regard critique et des réflexions pertinentes à partager. Cette terminologie a aussi les avantages d'être épiciène et inclusive.

Plusieurs autres titres peuvent être alloués aux PSE qui œuvrent au sein des milieux en dépendance : expert(e)s concerné(e)s, expert(e)s expérientiel(le)s, personnes avec vécu, pair(e)s, etc. Ces titres pouvant

Crédit photo : Rodnae productions.



porter une connotation singulière, voire délicate, il importe de permettre un dialogue avec les PSE sur la façon dont elles souhaitent être identifiées. Par exemple, dans le milieu de la dépendance et de la réduction des méfaits, l'appellation « pair(e) » divise particulièrement puisqu'elle peut être parfois perçue comme stigmatisante.^{6,20} En effet, plusieurs PSE estiment que ce titre réduit la personne à son vécu ou à son usage de substances et réfère à un rôle de moindre importance. D'autres éprouvent un sentiment d'appartenance envers le titre « pair(e) » et estiment qu'il facilite l'entrée en relation avec les personnes ciblées par les services.

La personne qui a une expérience pertinente sur le terrain a autant de valeur que la personne qui a fait des études. (A. B., membre du Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance, AIDQ)



L'intervention par les PSE ne date pas d'hier dans le champ de la dépendance et de la réduction des méfaits. Rappelons-nous qu'au Québec, dans les années 1990, face à une épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des groupes de personnes utilisatrices de drogues se sont formés et ont pris en charge des initiatives afin d'améliorer les conditions de vie au sein de leur communauté.^{2,5,16} Ces groupes qualifiés de « par et pour » ont freiné la transmission des infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS), notamment en distribuant du matériel de prévention et de consommation à moindre risque. Par leurs actions, ils ont aussi contribué à une meilleure compréhension des enjeux sociaux liés à la dépendance et permis d'importantes avancées en matière de respect des droits et des libertés des personnes utilisatrices de drogues.^{6,19} Ce mouvement a ainsi contribué à tisser les bases de la réduction des méfaits, une approche qui vise principalement à réduire les conséquences néfastes de la consommation de SPA, tant sur le plan de la santé que sur le plan socio-économique, sans nécessairement diminuer leur usage.¹⁰

Un apport indispensable

Il est de plus en plus reconnu que le regard critique des PSE contribue à l'amélioration continue des structures en place, notamment par l'évaluation et l'optimisation des services.^{6,5,6,16} Par leurs connaissances des substances, des types et des motifs d'usages, des rituels, ou encore des milieux de consommation, les PSE apportent des nuances

« Par leurs connaissances des substances, des types et des motifs d'usages, des rituels, ou encore des milieux de consommation, les PSE apportent des nuances importantes sur les réalités vécues et rejoignent souvent plus efficacement les personnes ciblées par les efforts de prévention et d'accompagnement ».

importantes sur les réalités vécues et rejoignent souvent plus efficacement les personnes ciblées par les efforts de prévention et d'accompagnement. De plus, les PSE peuvent participer au processus de reprise de pouvoir et d'épanouissement personnel des bénéficiaires de services en cultivant la confiance et l'espoir, en les orientant dans leurs démarches et en étant des modèles d'inspiration positive.^{4,14,22}

La plus-value des PSE, c'est aussi d'avoir une expertise particulière que les autres types d'intervenant(e)s n'ont pas. (Diane Harvey, directrice générale, AQRP)

Défi et enjeux

Malgré l'intérêt croissant que l'on observe actuellement dans le milieu de la dépendance, les conditions nécessaires à l'actualisation du potentiel des PSE semblent tarder à se mettre en place.

Aujourd'hui encore, les milieux d'embauche manquent souvent de préparation pour accueillir, accompagner et soutenir les PSE tout au long du processus de dotation. En effet, on observe dans plusieurs milieux des politiques et des mécanismes d'intégration sommaires, un manque d'accompagnement et d'opportunités de développement professionnel pour les PSE, ainsi qu'un écart important avec les autres employé(e)s en termes de conditions de travail.^{5,20} Parmi ces écarts marquants, la rémunération des PSE est souvent inférieure à celle des autres membres de l'équipe. Les compensations sous forme par exemple d'une carte cadeau ou d'un remboursement de dépenses, ou encore l'absence d'une forme de reconnaissance tangible pour leur implication est encore pratique courante. Le manque d'accès à de la documentation, à des ressources et à des balises claires sur les bonnes pratiques d'intégration contribue certainement à ces enjeux éminemment complexes.

Quand ça a commencé, on le faisait bénévolement. Tu ne pouvais pas payer un « drogué ». Ce que les gens se disaient, c'est : " Ne va pas payer un drogué, sinon il va consommer! " (Chantale Perron, consultante avec savoir expérientiel)

De plus, les PSE demeurent souvent marginalisées au sein même des organisations qui les embauchent. Entre autres, le jugement moral porté sur l'usage de SPA engendre des défis importants pour les PSE. En plus de devoir dans certains cas composer avec des enjeux de dépendance ou d'autres problématiques

« Les PSE vivent fréquemment le sentiment d'être instrumentalisées : on ne se réfère par exemple à elles que pour entendre leur témoignage ou encore, on les consulte sommairement pour la révision de rapports dans le but d'ajouter une mention du type « implique les personnes concernées ».²⁰

concomitantes, comme des troubles de santé mentale, les PSE font souvent face à des résistances de la part de leurs collègues, notamment quant au partage des rôles et des tâches.⁵ La crédibilité des PSE est parfois remise en question, celles-ci pouvant même dans certains cas être exclues des rencontres d'équipe. Les PSE se sentent ainsi fréquemment stéréotypées comme des personnes qui prennent beaucoup d'énergie, qui manquent de formation et qui ne sont pas suffisamment fonctionnelles pour œuvrer au sein d'une équipe.

Enfin, les PSE vivent fréquemment le sentiment d'être instrumentalisées : on ne se réfère par exemple à elles que pour entendre leur témoignage ou encore, on les consulte sommairement pour la révision de rapports dans le but d'ajouter une mention du type « implique les personnes concernées ».²⁰ Dans le même ordre d'idées, n'inviter qu'une seule PSE à un comité peut lui mettre beaucoup de pression et la rendre vulnérable au regard des autres professionnel(le)s. Par ailleurs, dans de nombreux milieux, il est tenu pour acquis que c'est aux PSE que revient le rôle de porter la défense des droits et des intérêts des personnes rejointes par les services, alors que ce rôle devrait être assumé par l'ensemble de l'organisation. En effet, les PSE ne remplacent pas les ressources actuellement en place, elles les enrichissent.

Les principaux rôles des PSE en dépendance et en réduction des méfaits

Aujourd'hui, bien que multiples, les rôles joués par les PSE dans les organisations en dépendance peuvent être regroupés dans les cinq classes suivantes, sans y être exclusivement confinés.⁶

1. **Éducation, information et sensibilisation :**

Les PSE peuvent organiser, animer et promouvoir des activités et des outils de transfert de connaissances visant la prévention, la réduction des méfaits ou le rétablissement des personnes aux prises avec des difficultés liées à l'usage de SPA.

2. **Services directs de santé et de services sociaux :**

Les PSE peuvent participer à la distribution de matériel (matériel d'injection ou d'inhalation, naloxone, condoms, etc.), accompagner des personnes lorsqu'elles consomment et intervenir lors de situations d'urgence, par

exemple une surdose.

3. Soutien, counseling et aiguillage : Les PSE peuvent animer des groupes de soutien, aiguiller des personnes vers des services, les accompagner lors de rendez-vous, effectuer des interventions brèves et offrir du soutien émotionnel.

4. Recherche : Les PSE peuvent participer à toutes les étapes de la mise en place d'études scientifiques.

5. Participation à des comités consultatifs : Les PSE peuvent collaborer dans les réflexions concernant des projets, des activités, des services, des politiques et autres.



Tous et toutes à bord!

Heureusement, la valorisation et l'intégration du savoir expérientiel connaissent actuellement un engouement historique, prenant de plus en plus d'espace dans la communauté scientifique œuvrant en santé et en services sociaux.⁸ Ainsi, les PSE se voient plus sollicités et leur représentation au sein des différentes instances du milieu de la dépendance est croissante.^{6,10,11} La contribution de PSE dans l'accomplissement de la mission et des activités d'une organisation ne sont pas les seuls avantages mesurables de leur implication. En effet, les PSE bénéficient aussi de leur engagement, notamment par le développement de nouvelles compétences ainsi que par l'amélioration de leur estime personnelle et de leurs conditions de vie.^{9,12,17}

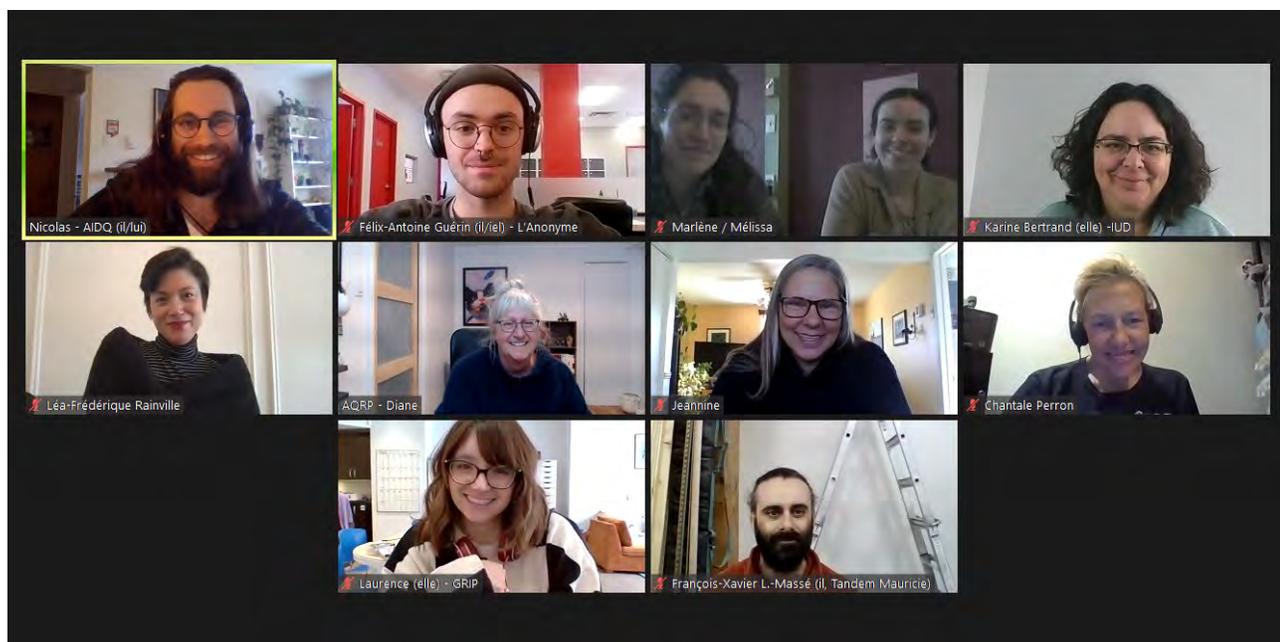
L'écoute, l'empathie, mais surtout la reconnaissance pleine et entière sont nécessaires à la réussite des initiatives qui impliquent les PSE. Toutefois, malgré l'existence de documents qui regroupent les bonnes pratiques à adopter, force est de constater que leur application demeure très hétérogène.¹² Pour ne pas reproduire les oppressions vécues, il est indispensable de travailler sur l'intégration des savoirs (expérientiel, scientifiques, professionnels, etc.), plutôt que de les hiérarchiser, ainsi que de mettre en place des stratégies visant la valorisation et la reconnaissance des PSE. Pour ce

faire, la promotion des pratiques reconnues auprès des milieux d'embauche en dépendance est l'un des moyens qui permettront d'atteindre ces buts. En ce sens, c'est au profit de toutes les parties prenantes que le Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance porté par l'AIDQ poursuit ses travaux et invite tous et toutes à reconnaître pleinement le potentiel des PSE œuvrant en dépendance. Leur donner la parole ne suffit pas, il faut leur donner les moyens d'arriver à leurs fins.

Je pense qu'on fait ça pour que notre expertise soit reconnue à travers le temps. (Mélodie, organisatrice communautaire, AQPSUD)

Un comité inclusif et diversifié

L'un des éléments clés dans la mise en place d'un projet collaboratif est la représentativité des parties prenantes, une pratique qui permet de recueillir une diversité de points de vue pour une vision plus riche.^{12,13} Le comité ici présenté est constitué de plus d'une vingtaine de personnes ayant des statuts, des rôles et des expertises variées, tant dans le secteur public que communautaire : PSE œuvrant dans des organisations communautaires, publiques ou en recherche; membres d'équipes



d'intervention psychosociale; gestionnaires de projets; professionnel(le)s de recherche, représentant(e)s des milieux associatifs, personnes aux études; etc. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un critère d'inclusion, une majorité des membres se définissent comme des PSE, ce qui permet de garder leurs besoins, préoccupations et intérêts au cœur du projet, ceci à toutes les étapes de sa mise en œuvre.

Les membres du comité proviennent de huit régions du Québec. De plus, certain(e)s membres proviennent des minorités culturelles, ainsi que de la diversité sexuelle et de genre. La participation de représentant(e)s des grands regroupements des Premières Nations et autochtones du Québec au comité donne la possibilité de rejoindre ces diverses communautés, de mieux comprendre leurs réalités particulières (langue, culture, valeurs, intersectionnalité, etc.), ainsi que de prévoir les adaptations nécessaires à leur inclusion et à leur considération tout au long du projet.

Une planification rigoureuse des rencontres et leur régularité font partie des moyens permettant le maintien d'un rythme soutenu dans les réflexions.

Certain(e)s membres proviennent des minorités culturelles, ainsi que de la diversité sexuelle et de genre. La participation de représentant(e)s des grands regroupements des Premières Nations et autochtones du Québec au comité donne la possibilité de rejoindre ces diverses communautés, de mieux comprendre leurs réalités particulières (langue, culture, valeurs, intersectionnalité, etc.), ainsi que de prévoir les adaptations nécessaires à leur inclusion et à leur considération tout au long du projet.

De février 2021 à septembre 2022, le comité ici présenté s'est réuni environ une fois par mois, en mode virtuel. En misant sur le partage d'expériences et de connaissances entre les membres, le comité codéveloppe à l'heure actuelle un projet d'implantation de portée provinciale. Des sous-comités de travail ont été constitués afin de faire avancer des aspects spécifiques du projet tels que la recherche-action qui y est annexée, le développement d'activités de formation pour les PSE et les milieux d'embauche, et le développement d'un volet Premières Nations et autochtones.

Une dynamique qui propulse

Il fait consensus que la diversité et l'inclusion sont de grandes forces du comité, de même que la confiance et la transparence qui y règnent. Susciter la coconstruction nécessite de prévoir l'espace nécessaire à la discussion, ainsi que de permettre aux membres de prendre part à toutes réflexions ou prises de décisions. Dans le même ordre d'idée, lors d'invitations à des représentations, mettre à contribution les membres du comité dans la planification et l'animation des conférences favorise un sentiment d'appartenance au projet. La création d'une atmosphère particulièrement propice à l'échange et à la prise de décisions consensuelles permet de faire émerger de nouvelles idées et de favoriser leur analyse. Par ailleurs, en plus du respect, de la politesse, de l'intégrité et de la sincérité qui imprègnent les discussions, la grande sensibilité des membres par rapport au vécu des autres suscite particulièrement l'émergence d'une force collective.

Je pense que l'AIDQ est vraiment à l'écoute de ce que l'on dit [...] Il y a de la place pour que tout le monde parle. Tout le monde peut donner son avis [...] Je trouve qu'on est bien impliqué(e)s!
(Mélodie, organisatrice communautaire, AQPSUD)

Ainsi, ces positionnements et mécanismes permettent de faire valoir les postulats à la base de ce projet, soit de donner la parole aux PSE, de faire rayonner la plus-value du savoir expérientiel, de leur offrir une implication pleine et entière et de favoriser leur développement professionnel.

Les bonnes pratiques en matière de projet collaboratif pour un fonctionnement agile

Le contenu des rencontres, les réflexions et les constats qui en sont issus sont essentiels pour structurer et conceptualiser les outils nécessaires à la mise en œuvre du projet collaboratif. Or, la création de contenu dans une approche de codéveloppement nécessite l'application de méthodes de travail qui y sont favorables. Des efforts constants doivent être investis afin de regrouper les idées, de les synthétiser, de les schématiser et d'en faire ressortir les consensus, les points de vue divergents et les zones plus neutres ou ambivalentes. Des retours à des discussions antérieures sont parfois nécessaires pour permettre la construction d'une vision commune pour certains sujets. En ce sens, la flexibilité dans la structure des rencontres favorise l'émergence d'un savoir collectif.

Le lien d'attache à ce groupe là pour moi, c'est vraiment le processus collaboratif. Pour moi, ça va au-delà d'écrire un article « sur ». C'est « avec » que j'ai envie que ça soit écrit. Je trouve que notre implication peut l'enrichir. (Caroline, membre du Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance, AIDQ)

Plusieurs autres mécanismes de planification, d'organisation, d'animation et d'accompagnement contribuent au bon fonctionnement du comité. La communication est un élément central du projet. Elle repose non seulement sur des outils de transfert d'information, tels des comptes-rendus, mais aussi sur des échanges réguliers avec les membres, cela dans un langage autant que possible simplifié et vulgarisé. Différents moyens peuvent être utilisés pour encourager les échanges lors des rencontres : questions envoyées à l'avance, exercices de remue-méninge, outils de schématisation, sondages, présentations, etc.

Crédit photo : Kampus production.





Comme le dictent les bonnes pratiques en matière de projet collaboratif, des stratégies particulières ont été mises en place pour que le comité apparaisse comme un espace sécuritaire, accueillant et accessible.^{3,12,13,18} En premier lieu, la remise d'une trousse d'information et la tenue de rencontres préparatoires sont deux des moyens favorisant l'intégration de nouveaux membres au sein de comités. Considérant la nature confidentielle et sensible des expériences partagées par les membres, il est préférable d'effectuer des rappels fréquents quant à la discrétion et à l'anonymat des témoignages. De plus, il importe de prévoir un temps, par exemple en fin de rencontre, pour offrir du soutien et de l'écoute aux personnes qui en ressentent le besoin. Enfin, une autre bonne pratique est d'offrir qu'une personne-ressource accompagne, au besoin, d'autres membres du comité : accès à des locaux, soutien informatique, soutien émotionnel, etc.

Des savoirs probants pour des solutions possibles...

La force des contenus, des constats et des outils qui émergent du projet repose non seulement sur la diversité des réflexions, mais également sur le respect des nuances et la validation des résultats à l'aide de données probantes, notamment recueillies par la recherche documentaire. L'acquisition, le partage et la validation de contenus au sein du présent comité ont permis de dégager, à ce jour, trois thèmes centraux à la reconnaissance des PSE : le savoir expérientiel et sa plus-value, l'intégration des PSE, les zones grises (éthiques, déontologiques, etc.).

Pour ce qui est du savoir expérientiel, toute organisation qui désire intégrer et valoriser les PSE doit amorcer avec celles-ci une profonde réflexion et prendre position par rapport à plusieurs aspects, dont la mise en place de conditions qui valorisent

pleinement leur expérience et leur potentiel, sans les instrumentaliser, de même que dans le respect de leurs limites individuelles.^{6,13,19,20} En ce sens, le comité a soutenu lors de ses échanges l'importance de faire valoir la diversité des bagages des PSE, plutôt que de comparer leur vécu.

En ce qui a trait à l'intégration des PSE, des mesures de soutien et d'accompagnement adaptées doivent être mises en place en fonction du milieu, du poste et du profil de chaque membre d'une même équipe.^{8,19,20} Parmi les stratégies répertoriées par le comité à cet effet, mentionnons l'importance de faciliter l'accès à de la formation continue pertinente sur des thèmes variés : notions de base ou avancées sur des approches d'intervention, gestion de projets, bureautique, tenue de dossiers, etc. La définition de tâches des PSE doit tenir compte non seulement de leur formation préalable, mais également de leur aisance et de leur vulnérabilité afin de susciter leur engagement, tout en préservant leur bien-être et en favorisant leur rétention.^{8,13} Dans certains cas, des enjeux liés à la personne doivent être considérés : usage actif de substances, trouble de santé mentale, traumatisme, etc.⁶ Pour

« il est préférable, voire nécessaire, de faire participer les PSE à l'élaboration des politiques organisationnelles, en particulier celle des codes d'éthique et de déontologie.^{13,19,20} En effet, cette approche collaboratrice permet de faire ressortir les nuances nécessaires quant aux aspects cruciaux comme l'usage de substances au travail, les liens d'amitié avec les personnes bénéficiant des services et le partage d'expériences personnelles ».

répondre aux besoins mutuels par le biais de stratégies et de moyens adaptés, il est souhaitable que dès l'embauche les employeur(euse)s discutent avec les nouvelles personnes de l'équipe des ressources qui leur sont accessibles, qu'elles soient des PSE ou non : supervision clinique, accès à du soutien psychosocial, à une personne-ressource dans l'organisation, etc. Cette discussion est aussi l'occasion de partager avec les nouvelles personnes de l'équipe la philosophie, les valeurs et les balises de l'organisation en lien avec la place du savoir expérientiel.

De plus, les zones grises étant multiples et complexes, il est préférable, voire nécessaire, de faire participer les PSE à l'élaboration des politiques organisationnelles, en particulier celle des codes d'éthique et de déontologie.^{13,19,20} En effet, cette approche collaboratrice permet de faire ressortir les nuances nécessaires quant aux aspects cruciaux comme l'usage de substances au travail, les liens d'amitié avec les personnes bénéficiant des services et le partage d'expériences personnelles. En somme, la démarche effectuée à ce jour soulève trois postulats qui devraient se refléter dans toute initiative impliquant des PSE. Premièrement, l'intégration des PSE doit être menée dans un esprit de collaboration et de travail multidisciplinaire.⁶ Il vaut mieux voir la complémentarité et l'enrichissement des savoirs (académique, professionnel, expérientiel, etc.) et les intégrer plutôt que de les hiérarchiser.^{6,13,18} Deuxièmement, l'implication des PSE doit être entière : celles-ci doivent être engagées et pouvoir prendre des décisions sur l'ensemble des questions qui les concernent à toutes les étapes de la mise en œuvre des initiatives (réflexion, conceptualisation, diffusion, évaluation, etc.).^{6,13,19,20,21} Troisièmement, les PSE doivent être traitées de la même manière que leurs collègues et avoir accès à des possibilités d'avancement professionnel équitables.^{6,13,20} Selon le comité, bien qu'elles puissent présenter des besoins particuliers, les PSE ne doivent pas être considérées comme une classe à part d'employé(e)s.

Une approche stratégique

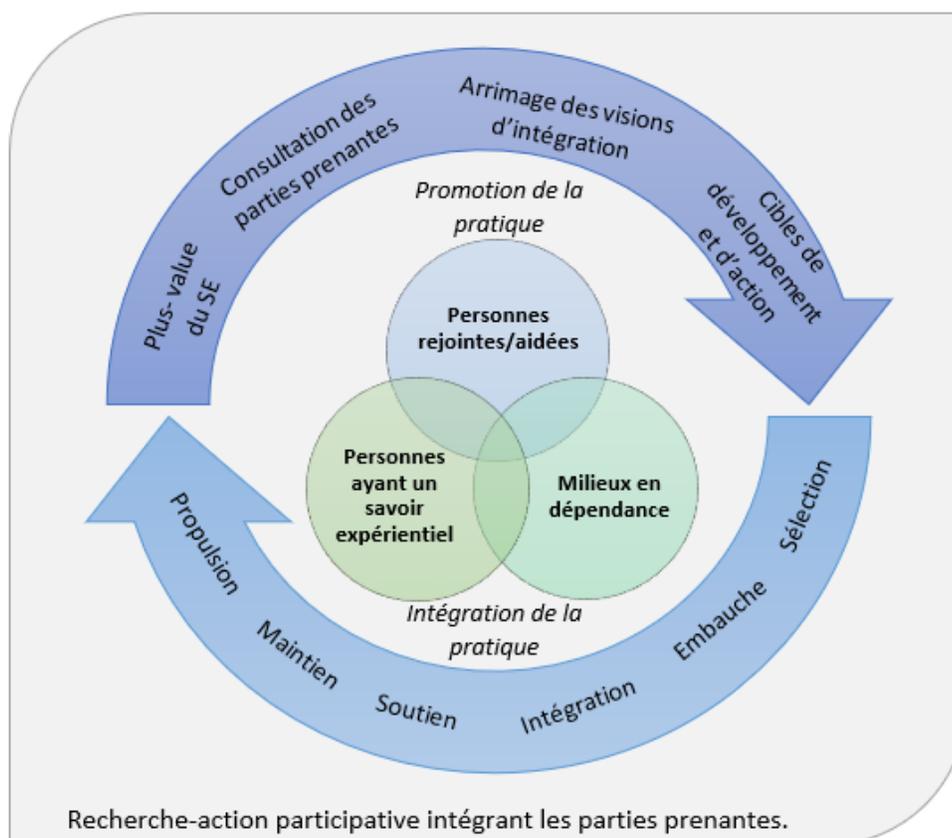
La mise en œuvre efficace d'initiatives comme celle ici présentée repose, comme cela a été mentionné précédemment, sur la création d'outils coconstruits. Les notions partagées précédemment montrent la complexité du sujet et du chemin à faire pour donner accès à de meilleures conditions de travail pour les PSE. En ce sens, il est nécessaire d'encourager l'adoption de bonnes pratiques d'intégration dans l'ensemble des organisations œuvrant en dépendance.

L'ébauche suivante d'un modèle systémique a été produite afin d'illustrer la démarche que le comité souhaite entreprendre pour l'implantation du projet. Celui-ci est divisé en deux phases : la promotion de la pratique suivie de l'intégration de cette dernière. On retrouve au centre de ce modèle trois parties prenantes qui seront considérées dans l'ensemble du processus : 1) Les PSE, 2) Les milieux en dépendance, 3) Les personnes jointes et aidées.

La flèche du haut représente les étapes à accomplir pour arriver à définir des cibles de développement et d'action concrètes et réalisables. Cette première phase commence par la reconnaissance de la plus-value du savoir expérientiel. La flèche du bas quant à elle regroupe sur un continuum les étapes du processus de dotation à considérer dans les actions entreprises par le comité.

Pour structurer l'implantation de ce modèle dans le cadre d'un projet pilote, le comité a développé un plan d'action décliné en quatre phases : 1) Orientation du projet, 2) Planification et organisation du projet, 3) Implantation d'un projet pilote, 4) Évaluation, poursuite des initiatives et rayonnement. À ce jour, la deuxième phase est toujours en cours.

Modèle systémique de valorisation et d'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance



Un soutien incontournable

En greffant au projet une recherche-action participative² (encadré gris dans l'image), il sera possible d'évaluer et de diffuser les retombées de ce projet. Comme le démontre avec succès le programme PROFAN 2.0, l'implantation d'un tel projet repose sur de nombreux appuis, dont celui de la communauté scientifique.¹⁷ En ce sens, toute participation du milieu de la recherche est un atout essentiel pour soutenir le développement d'activités et d'outils qui visent à apporter des retombées mesurables pour les communautés ciblées. Ainsi, une collaboration entre l'AIDQ et l'Institut universitaire sur les dépendances est en cours de développement afin de mettre en place un projet de recherche-action participative qui accompagnera le projet. S'inspirant du modèle utilisé

² La recherche-action est une forme de recherche participative qui implique un grand partage du pouvoir entre chercheurs et membres du milieu où se réalise la recherche. Une telle approche se situe davantage dans une perspective de dialogue ou de codesign. Plusieurs utilisent à tort cette appellation comme un synonyme de recherche participative. Cette forme de recherche implique un haut niveau de participation de tous les acteurs tout au long de son processus.²

« Toute participation du milieu de la recherche est un atout essentiel pour soutenir le développement d'activités et d'outils qui visent à apporter des retombées mesurables pour les communautés ciblées. Ainsi, une collaboration entre l'AIDQ et l'Institut universitaire sur les dépendances est en cours de développement afin de mettre en place un projet de recherche-action participative qui accompagnera le projet ».

dans PROFAN 2.0, différentes parties prenantes du milieu de la dépendance, représentées par le comité, prendront part à toutes les étapes de la recherche.¹⁷

Je pense que d'avoir des comités comme on a là, ça sert à avoir un siège, puis pouvoir justement documenter nos travaux. (Mélodie, organisatrice communautaire, AQPSUD)

En plus d'apporter au projet un gain en crédibilité, la recherche permettra de mieux comprendre l'écosystème existant au Québec en matière de valorisation et d'intégration des PSE dans le grand champ de la dépendance. Des pistes de solutions opérationnelles, réalistes et tangibles pourront ainsi surgir. En ce sens, trois objectifs prioritaires ont été identifiés pour la première phase des travaux de recherche : 1) Dresser un portrait provincial de l'implication des PSE au Québec dans les milieux de la dépendance, 2) Identifier les pratiques prometteuses pour les milieux en dépendance afin de favoriser l'implication des personnes avec savoir expérientiel au sein de leur organisation et pour mieux soutenir la valorisation de leur savoir, 3) Identifier et prioriser des recommandations pour les milieux œuvrant en dépendance qui intègrent ou désirent intégrer des PSE.

Des balises pour poursuivre le changement amorcé

Aujourd'hui, le milieu de la dépendance offre aux PSE des occasions professionnelles de plus en plus intéressantes.¹³ Plusieurs organisations, dont celles prenant part à ce projet, se mobilisent et tentent d'offrir une diversité de ressources et de conditions favorables à leur intégration. Il reste toutefois beaucoup à faire pour que les PSE aient davantage accès à des conditions de travail équitables, en particulier en matière de rémunération.¹³

En ce sens, les prochaines actions liées au projet visent à promouvoir l'apport des PSE dans les milieux œuvrant en dépendance, ainsi qu'à structurer et à favoriser la mise en place des conditions gagnantes à leur intégration. Pour ce faire, le comité compte miser sur des activités de formation et de transfert de connaissances, sur le développement au sein des équipes de compétences favorables à l'intégration des PSE et sur la mise en place de ressources d'accompagnement et de soutien, tant pour les PSE que pour les milieux d'embauche. Pour parvenir à ces fins, un cadre de référence sera élaboré et présenté aux milieux œuvrant en dépendance, afin de non

seulement les sensibiliser à la question, mais aussi pour recueillir et considérer leur vision. Une démarche similaire est également en cours pour ce qui est de la formation des PSE. En collaboration avec l'organisme Tandem Mauricie et le programme Pairs Aidants Réseau de l'AQRP, l'AIDQ a mis en place un sous-comité pour déterminer les principaux éléments de contenu de formation en vue de soumettre une proposition pour validation aux membres du Comité sur la valorisation et l'intégration des personnes ayant un savoir expérientiel dans les milieux œuvrant en dépendance. Un premier projet pilote avec Tandem Mauricie et les PSE intéressées devrait ensuite permettre d'expérimenter la proposition de formation en vue de procéder aux ajustements requis s'il y a lieu.

Les travaux entrepris dans le présent projet permettront donc de reconnaître et de structurer plusieurs actions novatrices. Cette grande aventure ne fait que commencer. Le projet démontre qu'il est possible pour toute organisation de développer des approches et des initiatives fondées sur une vision commune d'enjeux et de défis actuels, et de parvenir à trouver des pistes de solutions à implanter. Pour assurer des changements durables, la volonté et l'engagement de tous et toutes sont nécessaires. Ce type de projet étant particulièrement vulnérable à l'instabilité, un soutien financier suffisant et durable doit lui être alloué. En effet, sensibiliser et outiller les milieux d'embauche dans la valorisation et l'intégration des PSE n'est qu'un début. Il faut aussi soutenir les organisations à long terme.

Ce projet est indispensable pour mettre en lumière les enjeux réels vécus par les PSE dans leur travail et pour informer les milieux d'embauche sur les bonnes pratiques, surtout sur le plan des zones grises qui composent le « par et pour ».

(Mélodie Cordeau, travailleuse qui utilise son savoir expérientiel)

Références

1. Association pour la défense des droits et l'inclusion des personnes qui consomment des drogues au Québec (ADDICQ). (2012). Recommandations pour l'inclusion des personnes utilisatrices de drogues.
2. Association québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD). (2018). Projet RePAIR : Réduire les risques de transmission du VIH, de l'hépatite C et des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang, parmi les personnes utilisatrices de drogues par injection et inhalation : Vers des approches « par et pour » centrées sur les besoins des personnes, Montréal, AQPSUD. Document accessible à l'adresse https://aqpsud.org/wp-content/uploads/2019/03/AQPSUD_PROJET_RePAIR_vf.pdf.
3. Carbonneau, H. et coll. (s. d.). La recherche participative : Mieux comprendre la démarche pour mieux travailler ensemble. Document accessible à l'adresse https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/la_recherche_participative_f.pdf.
4. Fédération Addiction. (2020). Repères : Participation des usagers, de l'implication à la coopération, Paris, Fédération Addiction. Document accessible à l'adresse <https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/09/Guide-reperes-usagers-fedeaddiction.pdf>.
5. Gagnon, H. (2014). Étude descriptive de l'implication des personnes UDII dans la prévention des ITSS auprès de leurs pairs au Québec, Longueuil, Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ).
6. Giacomazzo, A. (2015). Principe mis en pratique : Que nous dit la documentation sur l'implication des personnes qui utilisent des drogues dans les programmes de réduction des méfaits?, Toronto, CATIE. Document accessible à l'adresse <https://www.catie.ca/fr/point-de-mire-sur-la-prevention/principe-mis-en-pratique-que-nous-dit-la-documentation-sur>.
7. Groupe d'intervention alternative par les pairs (GIAP). (2017). Charte de reconnaissance des pairs aidants, Montréal, GIAP.
8. Godrie, B. (2020). Vécu, témoignage, savoirs expérientiels et savoirs hybrides. Une analyse empirique des savoirs expérientiels des pairs aidants. La pair-aidance en santé mentale. Une entraide professionnalisée, 19-29.

- Document accessible à l'adresse <https://www.researchgate.net/publication/343236806_Vecu_temoignage_savoirs_experientiels_et_savoirs_hybrides_Une_analyse_empirique_des_savoirs_experientiels_des_pairs-aidants>.
9. Greissier, E., J. Rivard et C. Bellot. (2013). « L'évaluation d'un projet d'intervention par les pairs et le respect de ses principes d'action : le cas du GIAP », *Drogues, santé et société*, 12(1), 79-92. Document accessible à l'adresse <<https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2013-v12-n1-dss01091/1021540ar.pdf>>.
 10. International Harm Reduction Association. (2010). Qu'est-ce que la réduction des risques et des méfaits? Position de l'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la définition de la réduction des méfaits. Document accessible à l'adresse <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf>.
 11. Komaroff, J. et M. Perreault. (2013). « Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants! », *Drogues, santé et société*, 12(1), 41-56. Document accessible à l'adresse <<https://doi.org/10.7202/1021538ar>>.
 12. Labbé, F., les participantes au Projet LUNE et coll. (2013). « Aider, s'aider, s'entraider : Expériences de femmes travailleuses du sexe de rue et utilisatrices de drogues par injection dans une recherche-action participative visant la prévention du VIH », *Drogues, santé et société*, 12(1), 93-117. Document accessible à l'adresse <<https://doi.org/10.7202/1021541ar>>.
 13. Lennox, R., L. Lamarche et T. O'Shea. (2021). « Peer support workers as a bridge: A qualitative study exploring the role of peer support workers in the care of people who use drugs during and after hospitalization », *Harm Reduction Journal*, 18(19). Document accessible à l'adresse <<https://doi.org/10.1186/s12954-021-00467-7>>.
 14. Marshall, Z. et coll. (2015). « Peering into the literature: A systematic review of the roles of people who inject drugs in harm reduction initiatives », *Drug and Alcohol Dependence*, 151, 1-14.
 15. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018). Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet, publication 978-2-550-81727-7, Gouvernement du Québec. Document accessible à l'adresse <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.
 16. Noël, L. et D. Gagnon. (2013). « Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection », *Drogues, santé et société*, 12(1), 1-18. Document accessible à l'adresse <<https://doi.org/10.7202/1021536ar>>.
 17. Perreault, M. et coll. (2021). « Implantation d'un programme de prévention des surdoses géré par des pairs : L'expérience de PROFAN », *Drogues, santé et société*, 19(1-2), 155-177. Document accessible à l'adresse <https://drogues-sante-societe.ca/wp-content/uploads/2021/12/DSS-Vol19No1et2-Perreault_secur.pdf>.
 18. Projet LUNE. (2019). L'approche « PAR et POUR » – Les bonnes pratiques et son application au Projet LUNE, Québec, Projet LUNE. Document accessible à l'adresse <<https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments-fr/L.%27approche%20Par%20et%20Pour%20Les%20bonnes%20pratiques%20et%20son%20application%20....pdf>>.
 19. Réseau juridique VIH. (2005). « Rien à notre sujet sans nous – L'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues illégales : Un impératif sanitaire, éthique et des droits humains », Toronto, Réseau juridique VIH. Document accessible à l'adresse <<http://www.hivlegalnetwork.ca/site/wp-content/uploads/2013/09/Greater+Involvement+-+Bklt+-+Drug+Policy+-+FRA.pdf>>.
 20. Société canadienne du sida. (2015). Pairologie : Un guide d'implication par et pour les personnes utilisatrices de drogues, Ottawa, Société canadienne du sida. Document accessible à l'adresse <http://library.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26521F.pdf>.
 21. Stella, l'amie de Maimie. (2014). Créer des trajectoires gagnantes pour l'implication de paires en prévention des ITSS : Que nous disent les expériences montréalaises?, Montréal, Pulp & Pixel Creative. Document accessible à l'adresse <<https://chezstella.org/wp-content/uploads/2020/02/TrajectoiresdespairsFR.pdf>>.
 22. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). (2017). Peers supporting recovery substance use disorders, Rockville, MD, SAMSHA. Document accessible à l'adresse https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/peers-supporting-recovery-substance-use-disorders-2017.pdf.

Jeunes et pair-aidance

Des discussions à défricher

E. Saulnier-Leclerc, agent(e) de projet à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et futur(e) pair(e) aidant(e)

Si l'entraide entre pair(e)s chez les jeunes n'est pas une pratique nouvelle, sa professionnalisation fait l'objet d'une attention particulière ces dernières années dans la sphère médiatique, dans le réseau public et, bien que plus timidement, dans la recherche. Le plus récent Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 nomme ainsi dans ses mesures d'action pour soutenir la formation et l'intégration de pairs aidants – qu'il soutiendra financièrement – « le déploiement de pairs aidants jeunesse, notamment au sein des services d'Aire ouverte » (PAISM 2022, 9). L'augmentation significative du nombre de jeunes personnes ayant postulé et ayant été sélectionnées pour la cohorte de l'automne 2022 de la formation en intervention par les pair(e)s de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) témoigne potentiellement de ce changement. L'AQRP a donc voulu demander aux principales personnes intéressées de réfléchir sur la place des jeunes dans la formation et dans le futur de la discipline dans un projet pilote de consultation par et pour.

L'objectif : sonder les personnes participantes de moins de 35 ans pour explorer...

1. les particularités du parcours des jeunes vers la pair-aidance;
2. leurs besoins en regard de la formation et de l'intégration dans différents milieux de travail;
3. les différences dans l'applicabilité de concepts phares du domaine aux contextes de vie des jeunes (ex. : rétablissement, stabilité, transition de vie, intégration par l'emploi).

Les résultats préliminaires de la première partie de cette démarche sont déjà riches. Évidemment, aucune personne participante n'a le même parcours de rétablissement, et chaque parcours influence la compréhension de la pair-aidance; ceux-ci sont affectés par des différences telles le genre, l'identité ethnoculturelle, la région de résidence, l'âge, la scolarité, les sphères de vie touchées par les difficultés en santé mentale, les symptômes, les ressources d'aide disponibles...

Malgré ces distinctions, les jeunes ayant participé cherchaient principalement à apprendre et à pratiquer des principes d'autodivulgence lors de la formation. Certain(e)s avaient aussi simplement pour intérêt de trouver un emploi en pair-aidance.

La démarche a aussi soulevé des questions pertinentes relatives à l'émergence de la pair-aidance comme discipline. Divers éléments ne font pas consensus. Par exemple, que signifie être stable, un des préalables souvent considérés pour s'engager dans une formation en pair-aidance ou dans un emploi? Des personnes sondées avant la formation définissaient ainsi la stabilité en fonction de critères objectifs (être capable de gérer ses symptômes sans être admis(e) à l'hôpital ou avoir une bonne hygiène de vie, par exemple); d'autres, comme un processus en fonction des buts de la personne.

Dans le cas des moins de 35 ans, des considérations précises complexifient ces questions : la peur du jugement et du rejet des autres, les droits légaux des personnes mineures, la spécificité des relations des jeunes avec leurs pair(e)s, les médias électroniques de partage du vécu et les traces à long terme qu'ils peuvent laisser, l'évolution des aspirations de vie et de la compréhension du vécu... Beaucoup reste à explorer.

Les démarches de réflexion se poursuivront une fois les examens du programme passés afin de réfléchir à la vision que les personnes de moins de 35 ans ont eue du contenu de la formation, de leur place au

sein de la cohorte, de leur préparation à l'emploi, de leur appropriation des principaux concepts en pair-aidance et des débats émergents de la discipline. Une fois le contenu de ces discussions organisé, tout ce qui est apprentissage sera partagé entre les participant(e)s pour parfaire la formation et, qui sait, proposer des activités additionnelles au programme existant. Restez donc à l'affut des développements!

Crédit photo : Pavel Danilyuk.



Des nouvelles de Peer Support Canada (Pair-aidance Canada) : son plan stratégique 2022-2027

Yasmina Lahlou : chargée de projet, Pairs Aidants Famille

Depuis sa création en 2010, Peer Support Canada ne cesse d'optimiser son programme. En effet, le soutien par les pairs connaît une expansion fulgurante, une plus grande demande des services ainsi qu'une reconnaissance accrue dans le milieu des soins. C'est à partir de ces éléments que Peer Support Canada a établi les priorités de son plan stratégique 2022-2027 qui se divisent en cinq grands axes. En voici un aperçu.

1. Consultations, formation et perfectionnement

Peer Support Canada veut soutenir la prestation des services de soutien par les pairs en cohérence avec ses normes de pratique. Pour ce faire, Peer Support Canada compte octroyer des services de consultations aux pairs aidants directement et aux organisations qui les emploient. Ces consultations prendraient la forme d'activités de formation spécialisée sur les thématiques auxquelles sont exposés les pairs aidants. Par exemple, une formation sur les traumatismes ou une autre pour une harmonisation du travail en équipe. Ainsi, la grande qualité des services de soutien par les pairs est maintenue.

2. Certifications individuelles et attestation de la formation

Peer Support Canada souhaite augmenter la confiance envers les services de pair-aidance de ses utilisateurs, des collègues des pairs aidants et des bailleurs de fonds du programme. L'organisation délivrera donc une certification aux pairs aidants, aux pairs aidants famille et aux mentors pour garantir que les personnes certifiées ont les compétences demandées et que les normes et le code de conduite établis par Peer Support Canada sont respectés. Peer Support Canada émettra également des recommandations sur la pratique à travers une forme de cadre de référence.

3. Recherche, évaluation et politique publique

Peer Support Canada continuera d'appuyer la recherche et le développement sur la pair-aidance et la création de standards de pratique. L'organisation s'investira davantage dans le soutien aux projets démontrant les effets de la pair-aidance dans le milieu des soins et sur les individus. Elle renforcera sa base de données probantes et la diffusion de renseignements sur le sujet, favorisera la vulgarisation et tiendra des tables de concertation pour monter un réseau permettant les échanges entre collaborateurs.

4. Éducation communautaire et sensibilisation

Peer Support Canada veut créer un carrefour d'information pour que les connaissances sur la pair-aidance (théorie, pratique, formation, normes de pratique) soient centralisées. Le but est que celles-ci soient partagées avec les pairs aidants, les milieux d'embauche et les services de santé. Un plus grand espace sera donné, entre autres, aux groupes marginalisés pour s'assurer que le champ de la pair-aidance inclut une expertise de diverses sources. Peer Support Canada verra à ce que ces ressources informatives soient accessibles à un large public et que leur promotion soit faite.

5. Développement organisationnel et durabilité

La gouvernance de Peer Support Canada, ses ressources humaines, son financement et sa gestion des opérations seront gérés davantage dans une optique de développement durable, de lutte contre le racisme et en lien avec les valeurs de la pair-aidance. L'organisation offrira une variété d'occasions, de services, de possibilités de partenariat pour multiplier les liens entre Peer Support Canada, les gens et les milieux d'embauche.

Ces priorités ambitieuses de Peer Support Canada seront implantées progressivement dans une perspective de maintien de la viabilité de l'organisation dans son ensemble.

Crédit photo : Isi Parente.



Compte rendu du livre

Pair-aidance en santé mentale

Une entraide professionnalisée

*Sous la direction de Nicolas Franck et de Caroline Cellard. (2020).
Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier Masson, 286 pages.*

*N. B. : Cette version, légèrement modifiée, est déjà parue dans la revue *Aequitas : Développement humain, handicap et changement social*, 27(2), 93-97.*

Myreille St-Onge, Professeure associée de l'École de travail social et de criminologie de Université Laval



Le développement de la pair-aidance dans le domaine de la santé mentale est en plein essor dans le monde francophone et la publication du livre dirigé par Caroline Cellard et Nicolas Franck en témoigne. Ce livre contient un nombre impressionnant de collaborateurs, autant des pairs aidants (PA) – ou médiateurs santé pairs (MSP) tels qu'on les nomme en France – que des praticiens, surtout du domaine de la psychiatrie, mais aussi de la sociologie, de la psychologie et des sciences de l'éducation, alliant ainsi savoirs expérientiels, savoirs théoriques et professionnels. Les collaborateurs proviennent majoritairement de la France (14 chapitres sur les 22 que contient le livre), avec quelques contributions du Québec (6 chapitres) et de la Suisse romande (2 chapitres)¹. Le livre se décline en trois grandes sections : les fondements théoriques et les données de la science, la pair-aidance en pratique, et enfin la formation à la pair-aidance et l'accompagnement des PA.

¹ À noter qu'une paire aidante de la Belgique et une autre de la République tchèque ont contribué chacune à un chapitre.

Les fondements théoriques et les données de la science

Selon le sociologue Baptiste Godrie, « le concept de savoirs expérientiels est devenu une référence incontournable dans toutes les politiques publiques en santé mentale, cadres réglementaires des établissements de la santé et des services sociaux ainsi que dans les milieux universitaires. Ce concept est également au cœur du développement de nouveaux métiers comme les experts du vécu et

« Ces savoirs expérientiels ne se construisent pas uniquement à partir du vécu personnel, mais aussi au cours d'échanges entre pairs, par l'observation de situations similaires. »



Crédit photo : Fauxels.

les pairs aidants » (p. 19). Ces savoirs expérientiels ne se construisent pas uniquement à partir du vécu personnel, mais aussi au cours d'échanges entre pairs, par l'observation de situations similaires. Toutefois, selon Audrey Linder, une doctorante en sociologie de l'Université de Lausanne, en Suisse comme en France – et dans une moindre mesure au Québec –, « il n'existe[rait] pas de lieux et de temps d'échanges, de coconstruction et de transmission des savoirs expérientiels entre pairs aidants en santé mentale, en dehors du moment de la formation initiale » (p. 10). En effet, pour la plupart, ces PA, « une fois employés dans des équipes cliniques ou en recherche [se] retrouvent souvent seuls ou, au mieux, à deux pour porter les savoirs expérientiels » (p. 10).

Cette section met en relief les différences culturelles entre les pays d'origine des contributeurs. Par exemple, les auteurs français traduisent peer support workers par « pairs aidants professionnalisés » (Durand, p. 54), mettant ainsi l'accent sur un **processus de professionnalisation** les concernant, alors qu'au Québec, la traduction « travailleurs pairs

aidants » renvoie à leur **rôle spécifique d'entraide** auprès de leurs pairs. D'ailleurs, dans la majorité des chapitres de cette section, la posture adoptée est celle de la professionnalisation – comme le sous-titre l'indique – de ce métier de PA. Mais à ce moment, on risque que le savoir d'expérience demeure « à l'état de rhétorique, voire dissimulé, [les] pairs aidants [ayant] ainsi tendance à adopter un rôle paraclinique, en animant des programmes d'éducation thérapeutique ou de mentorat et en dispensant des interventions généralement offertes par les cliniciens » (Linder, p. 16).

Selon le psychiatre français Bernard Durand, la pair-aidance, en France, serait née des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Mais les groupes d'entraide s'appuient sur le modèle de soutien par les pairs (peer support), alors que les travailleurs pairs aidants (peer support workers) sont davantage avancés dans leur processus de rétablissement que les pairs aidés, et sont employés, comme leur nom l'indique, dans des établissements de santé mentale pour servir de modèle pour leurs pairs (St-Onge, 2017). Dans les

« L'élément déclencheur du développement de la pair-aidance a la même origine en France et au Québec. La présentation du premier PA canadien certifié du programme états-unien de la Georgie, Roy Muise, au Colloque (2006) de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). »

GEM, les participants se retrouvent dans une relation symétrique de réciprocité (Repper et Carter, 2010), alors que dans le travail de pair-aidance, les PA ne sont pas tout à fait dans une relation de ce type, mais d'hybridation, pour reprendre le terme de Baptiste Godrie. Ne serait-ce pas plutôt les organismes « par » et « pour », c'est-à-dire des organismes où l'entièreté du personnel consiste en des personnes ayant un vécu psychiatrique qui offrent des services à des personnes en souffrance, qui sont à l'origine de la pair-aidance? Mais comme il le nuance très bien un peu plus loin dans son chapitre, Bernard Durand mentionne que les GEM ont été un terreau pour le développement de la pair-aidance, mais, étant donné que le contexte culturel en France diffère de celui des États-Unis, de l'Angleterre, du Canada – et du Québec –, une des raisons de cette démarche de professionnalisation entourant la pair-aidance, c'est que les GEM ont été développés à l'initiative de soignants. Je dirais, à l'instar de Godrie (p. 21) et de Maugiron et ses collègues pairs (p. 69), que la pair-aidance s'est plutôt déployée par l'intermédiaire de la participation à des activités de groupes associatifs « par » et « pour » les personnes présentant un trouble de santé mentale. Mais il est intéressant de souligner que l'élément déclencheur du développement de la pair-aidance a la même origine en France et au Québec. C'est-à-dire la présentation du premier PA canadien certifié du programme états-unien de la Georgie², Roy Muise, au Colloque (2006) de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). Cet événement a permis de mobiliser plusieurs acteurs québécois et français, dont Patrick Le Cardinal qui y assistait en compagnie de deux anciens usagers de la psychiatrie et présidents de GEM (p. 91).

Le souhait de professionnalisation des PA semble entrer en contradiction avec certains constats : le fait qu'il n'existe pas de titre d'emploi, pas nécessairement de contrat de travail et pas de référentiel de compétences (Staedel et Tricard-Mariotti, p. 73). Ces deux gestionnaires de la pair-aidance de Lille et de Lyon souhaitent décloisonner les pratiques de ce travail qui semblent surtout axées sur la réadaptation pour qu'elles s'orientent davantage vers la prévention et le rétablissement. En ce sens, des initiatives de PA et d'usagers de services visant à élargir leur rayon d'action par l'intermédiaire d'organismes s'apprentent à démarrer une expérimentation sur plusieurs territoires.

Dans leur chapitre sur l'efficacité des interventions réalisées par les PA, les psychiatres françaises Sophie Cervello et Mélanie Bulinge font la démonstration, par des recherches qualitatives, de bénéfices, pour les pairs aidés, mais aussi pour les professionnels, de cette offre de services. Sur le plan quantitatif, les résultats sont plus mitigés. On note par ailleurs des améliorations sur le plan de l'autonomie, sur une diminution des services d'urgence et de crise, sur l'espoir, sur le rétablissement. Mais la revue Cochrane de Pitt et de ses collaborateurs dont ces autrices traitent à la page 100 – qui serait la plus rigoureuse et complète – n'a pas révélé de différence significative sur plusieurs variables d'ordre psychosocial entre l'intervention des PA et celle des professionnels. Mais comme le font ressortir ces auteures, on se demande si les interventions par les pairs ont été clairement définies ou si la plupart occupent des rôles similaires aux professionnels, en particulier dans les équipes de suivi communautaire.

² Il s'agit du Georgia Certified Peer Support Specialist Project (CPS). Une des premières PA québécoises accréditées par ce programme, Nathalie Lagueux, a contribué à la première cohorte de formation de médiateurs santé pairs à l'université Paris 8.

La pair-aidance en pratique

On relève des préalables pour les équipes cliniques accueillant un PA : une bonne qualité relationnelle et « l'existence d'une orientation éthique des soins [soutenant] le rétablissement » (p. 120). À cet effet, un consensus semble émerger des chapitres de cette section : il est primordial que l'équipe – et je dirais l'établissement – dans laquelle est inséré un PA soit orientée vers le rétablissement. Sinon, le PA aura la responsabilité d'introduire cette notion dans l'équipe et cela risque de créer des heurts et un lourd fardeau pour celui-ci. Dans cette optique, il est nécessaire qu'une phase de préparation soit préalable à l'arrivée du PA dans l'équipe pour que celle-ci puisse comprendre le rôle du PA et ainsi favoriser son intégration.

Le PA Luc Vigneault et le groupe multidisciplinaire CAP sur le rétablissement de Québec mentionnent à-propos qu'une « des clés de voûte du rétablissement [est] l'appropriation du pouvoir d'agir » (p. 135). Ce chapitre fait une démonstration éloquent de rôle spécifique du PA dans l'équipe qui sert de modèle d'espoir et de rétablissement, non seulement aux personnes aidées, mais aux professionnels qui reconnaissent l'apport inestimable du PA – qui est aussi patient-partenaire –, entre autres pour contrer la stigmatisation que vivent les personnes aidées. Selon ces auteurs, il faut éviter le piège de perdre cette particularité en voulant jouer le même rôle que les professionnels.

Dans le chapitre sur la pair-aidance et la coordination de parcours³, le psychiatre français Julien Dubreucq et son équipe de Grenoble se sont inspirés de l'approche des forces de Rapp et Goscha⁴ où un coordonnateur de parcours – ou un intervenant pivot, comme on le nomme au Québec – oriente les soins et les services vers le rétablissement. Une PA, formée à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été intégrée à cette équipe en 2017 et un autre PA l'a rejointe à la suite de l'obtention de sa licence professionnelle de MSP en 2018 de l'université Paris-13. Les usagers sont dirigés vers leur service par le coordonnateur de parcours avec l'accord de leur médecin traitant. Ils sont parfois orientés vers un des groupes thérapeutiques coanimés par des PA (thérapie cognitivo-comportementale, par exemple).

³ J'aime bien cette traduction de case management, terme qui a été décrit par des usagers comme une volonté de les réduire à des « cas ».

⁴ Principaux idéateurs de ce modèle de la Kansas School of Social Welfare aux États-Unis.



Crédit photo : Anna Shvets.

On constate que le rôle des PA est très près de celui des professionnels, et le fait qu'on les dirige vers leurs services, par un médecin, dénote une certaine forme de hiérarchisation et de contrôle par le corps médical. On peut se demander si cela est compatible avec l'idée d'autodétermination des PA et leur rôle spécifique d'entraide. La psychoéducation décrit bien le but de cette forme d'intervention qui est de « fournir aux personnes directement concernées et/ou leurs proches des informations sur les troubles, les traitements et les stratégies permettant de [mieux vivre avec ces troubles] » (p. 153, le souligné est de moi) à laquelle sont associés des PA comme coanimateurs. On souhaite, avec l'ajout de ce type de travailleur, contribuer à la déstigmatisation des troubles de santé mentale. Je crois que la présence d'un PA constitue effectivement une valeur ajoutée, mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une intervention professionnelle, d'un

rôle d'enseignement qui n'est pas nécessairement axé sur l'entraide. Ainsi, comme le souligne Véronique Barathon, PA dans le domaine de l'autisme, la pair-aidance est un « métier se situant entre l'entraide et l'approche thérapeutique, et les personnes ne savent parfois pas où se situer dans cet accompagnement » (p. 178).

La formation à la pair-aidance et l'accompagnement des PA

Dans cette dernière section, on expose le développement et la structure du programme Pairs Aidants Réseau (PAR) de l'AQRP au Québec, l'émergence du programme de MSP en France, ainsi que son évolution, et enfin, le programme de mentorat sous l'égide de l'Université de Montréal qui prend appui sur l'ETP développée en France. Au chapitre de la pair-aidance, on peut affirmer que le Québec fait office de pionnier en la matière, du moins dans le monde francophone, le programme PAR ayant été créé en 2006 et offrant une formation spécialisée en intervention par les pairs depuis 2008. Il existe des ressemblances, mais aussi des divergences entre les deux pays. En France, un fort accent a été placé sur la professionnalisation de la pair-aidance, on pourrait dire également à Montréal avec le programme de mentorat qui s'inspire de l'approche ETP. À l'AQRP, on s'est plutôt inspiré de ce qui se fait aux États-Unis dans les équipes de suivi communautaire, soit que les PA agissent à titre de spécialistes de l'entraide entre pairs (p. 227). Plus de la moitié des 29 personnes formées dans le cadre de la création du diplôme de MSP en collaboration avec le CCOMS de Lille « fait partie des équipes de soins et exerce en tant que professionnels du champ de la santé mentale » (p. 241). Pour ce programme, un PA doit être apte à procéder à une évaluation psychosociale alors qu'au Québec, cet acte est réservé aux travailleuses et travailleurs sociaux. Quant au recrutement, le programme sous l'égide du CCOMS est plus exigeant que les deux autres programmes.

En effet, depuis 2018, on exige une licence, c'est-à-dire un baccalauréat (l'équivalent du diplôme collégial au Québec) plus trois années – donc l'équivalent du baccalauréat québécois – offerte par l'université Paris 13. La formation, d'une durée de 240 heures et s'étalant sur une année, est offerte par des usagers, des psychiatres et d'autres professionnels, alors que le programme PAR est de 154 heures incluant un stage et un séminaire d'intégration, mais est

offert exclusivement par des PA⁵. Une autre exigence du programme de MSP : les étudiants doivent remettre un mémoire professionnel en fin d'année, donc une charge de travail importante. L'originalité de cette formation française est d'intégrer les MSP en emploi tout en suivant leur cursus universitaire, ce qui favorise l'obtention de leur diplôme. Quant à l'autre formation française, le diplôme universitaire Pair-aidance en santé mentale, elle est portée par l'Université Lyon-1 et le Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive qui a été créé en 2019. La formation inclut un stage de 35 heures et quatre sessions de trois jours d'enseignement.

La formation axée sur le mentorat de l'Université de Montréal consiste en un microprogramme universitaire de 10 crédits⁶ incluant un stage de 3 crédits. Une particularité de ce programme, comme son nom l'indique, est que les futurs PA mentors auront comme rôle d'enseigner à leurs pairs, nommés « patients-apprenants », des stratégies pour favoriser leur rétablissement selon l'approche ETP.

« Les pairs aidants et les professionnels doivent se rencontrer pour se potentialiser et ainsi être en mesure de proposer les meilleures réponses possibles aux personnes en demande d'aide. »

Au-delà des postures épistémiques, ce livre met en relief l'importance de cesser de se camper uniquement sur des savoirs scientifiques, techniques et professionnels pour intégrer la réalité que vivent les personnes recevant des services de santé mentale. Comme le soulignent avec à-propos Maugiron et ses collègues PA « cela invite à considérer [les savoirs

⁵ Un diplôme d'études collégiales est exigé pour être admis au programme.

⁶ Un crédit universitaire est équivalent à 15 heures de cours.

des PA] autrement que comme des savoirs biaisés, subjectifs – et partant de là non fiables – et à les considérer comme des savoirs pouvant fertiliser les savoirs dominants » (p. 68). J'aime bien l'idée soulevée par cette équipe de PA établissant que ces derniers et les professionnels « doivent se rencontrer pour se potentialiser et ainsi être en mesure de proposer les meilleures réponses possibles aux personnes en demande d'aide. Cela revient donc à analyser les rapports usagers-professionnels comme des rapports de savoir, alors même qu'ils ont longtemps été analysés sous l'angle des rapports de pouvoir » (p. 67-68). Mais selon ces auteurs, cet angle d'analyse a soulevé des « crispations quasi identitaires » et, malheureusement, cela s'est révélé contre-productif. De nombreux témoignages nous sont en effet parvenus que des PA en exercice ont été mal reçus dans des équipes. Dans cette perspective, il est primordial de préparer les équipes à recevoir ces nouveaux travailleurs en leur offrant des sessions de sensibilisation.

Il y a deux tendances dans ce livre concernant la position des pairs aidants : une axée sur la professionnalisation avec son risque de limiter l'apport spécifique du pair aidant; l'autre, axée sur le savoir expérientiel et rattachée, de diverses façons, à l'entraide entre pairs.

On peut se demander si les deux tendances concernant la position des PA dans ce livre sont complémentaires ou incompatibles. Comme le dénote Godrie (2016, p. 366), « la professionnalisation a le mérite de poser frontalement la question de l'efficacité des pairs et de leur compétence par rapport à leurs collègues non pairs ». Mais à l'instar de Cervello et de Bulinge, cet auteur souligne que des études rigoureuses ne permettent pas de savoir avec précision si les PA mobilisent leur savoir expérientiel et de rétablissement dans leur travail. Par ailleurs, « poussée à l'extrême, la logique professionnelle tendrait [à] neutraliser la contribution spécifique des pairs fondée sur leur expérience vécue et leur proximité expérientielle avec les usagers, ou à tout le moins, à inhiber la réflexion sur la contribution propre des pairs, limitant les éventuelles adaptations des postes et la mise à profit de leurs forces » (Godrie, 2016, p. 366). Mais si pour plusieurs des acteurs liés à la pair-aidance, cette idée de professionnalisation est de plus en plus acceptée, la question du statut des PA reste à débattre selon Bernard Durand. Je partage la question que ce dernier pose avec acuité s'il ne serait pas préférable que les programmes de pair-aidance soient gérés par un collectif indépendant

« dans un cadre associatif [au lieu que les PA soient] positionnés comme membres des équipes soignantes sous l'autorité des médecins » (p. 58). Ainsi, on pourrait s'inspirer du programme PAR au Québec, un organisme à but non lucratif qui forme des PA à travers toutes les régions du Québec et dont la formation est offerte exclusivement par des PA.

Références

Godrie, B. (2016). « Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants », dans L. Demailly et N. Garnoussi (dir.), *Aller mieux. Approches sociologiques*, Presses universitaires du Septentrion, 361-371.

Repper, J. et T. Carter. (2010). « Using Personal Experience to Support Other with Similar Difficulties. A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services », *Together for Mental Wellbeing*, The University of Nottingham. <https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf>.

St-Onge, M. (2017). « Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois », *Rhizome*, 65-66, 31-32.

Médiateur de santé pair, un nouveau métier dans le champ de la santé mentale

Bérénice Staedel, Chargée de mission sur le programme Médiateurs de santé pairs et la Démarche QualityRights OMS
Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) - EPSM Lille Métropole



Chargée de mission au CCOMS depuis 2014, Bérénice Staedel coordonne notamment le développement du programme Médiateurs de santé pairs sur l'ensemble du territoire français. Diplômée en Sciences de l'éducation, elle a occupé auparavant différents postes dans les domaines de la santé publique, de la prévention et de la promotion de la santé. Pour toute demande d'information concernant le programme, voir Berenice. STAEDEL@ghtpsypnpsc.fr.

Le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), unité fonctionnelle de l'EPSM Lille-Métropole, est l'un des 800 centres dans le monde à mener des activités de soutien en faveur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (46 CCOMS en santé mentale, dont 11 pour l'Europe OMS).

Le Centre rassemble un réseau d'actions, de compétences, de programmes en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

Il est constitué d'une équipe de 25 personnes, d'un réseau de personnes qualifiées et d'un conseil scientifique consultatif rassemblés autour de valeurs communes.

Il partage et met de l'avant les valeurs et la vision de l'OMS, et vise à l'amélioration des conditions de vie, de l'accès aux soins et des droits des usagers et des aidants en santé mentale.

Depuis 2012, le programme Médiateurs de santé pairs (MSP) forme et accompagne d'anciens usagers des services de soins de santé mentale, rétablis ou en voie de rétablissement, pour qu'ils soient embauchés dans des établissements hospitaliers et des structures médico-sociales¹.

En psychiatrie, la reconnaissance du savoir expérientiel contribue au possible changement de perspective sur le déterminisme des troubles psychiques et de leur stigmatisation, et contribue par conséquent à l'évolution des réponses que la société et les professions de santé et d'accompagnement tentent d'y apporter.

Le CCOMS défend l'idée que pour que le savoir expérientiel d'un pair aidant puisse influencer les pratiques d'un service et son orientation vers le rétablissement (au sens du *recovery* des Anglo-Saxons et des Canadiens), il est indispensable qu'un cadre théorique lui soit apporté par une formation, qu'il y soit salarié et fasse ainsi partie intégrante du service au même titre que les différentes catégories professionnelles représentées.

Deux processus complémentaires ont permis le développement du programme de formation et de création d'emplois MSP par le CCOMS :

- l'évolution de la place des usagers dans le système de santé;
- la reconnaissance de l'émergence de nouveaux métiers à travers la valorisation et la légitimation du savoir expérientiel.

Ces notions, portées par les concepts de rétablissement, d'empowerment et de citoyenneté des personnes présentant un problème de santé mentale, sont aujourd'hui largement diffusées sur le plan international par les politiques de santé mentale de l'OMS. En France, l'émergence de ce processus global de reconnaissance de l'expertise expérientielle des personnes directement touchées conduit progressivement à donner davantage de place aux usagers des services de santé mentale dans le système de soins, tant dans les actions de formation des professionnels que dans les projets de recherche.

¹ <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/le-retablissement-des-troubles-psy/>.

Utilisation problématique du mot patient

Au Québec, il y a eu de nombreux débats au sujet du vocabulaire à employer pour désigner les personnes vivant avec des troubles de santé mentale.

Cette question fut d'ailleurs au cœur d'un atelier couru et participatif tenu lors du XV^{ème} colloque de l'AQRP (*Vaincre la stigmatisation : un enjeu collectif*). Devant une salle comble, des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ont échangé au sujet du meilleur terme à employer pour les désigner sans parvenir à un consensus.

Aujourd'hui, le mot « patient » est de plus en plus écarté du monde de la santé mentale québécois et de celui qu'on peut employer dans la revue le partenaire. Nous préconisons une utilisation judicieuse de ce terme selon le contexte. Le mot patient pourrait, par exemple, être accepté dans un cadre strictement médical ou surspécialisé à l'intérieur duquel il serait de mise et refusé dans un texte axé sur le rétablissement.

Parmi les explications liées au refus du mot patient se trouvent celles-ci: 1) l'étymologie révèle que le mot patient provient de passif alors que le rétablissement est lié à l'auto-détermination.

2) Être passif fait aussi référence, dans l'esprit de plusieurs, à subir l'expertise de l'autre. On est donc loin ici d'évoquer une relation égalitaire où la personne devient responsable de son rétablissement.

Le débat québécois autour du mot patient n'a toutefois pas de portée internationale. Il est tout à fait normal, lorsqu'on vit en Europe par exemple, de se demander pourquoi le terme patient serait stigmatisant alors qu'il est employé dans tous les secteurs de la santé.

Étant donné que le terme patient est utilisé abondamment en France et qu'il appartient à la culture du rétablissement en santé mentale en place, le partenaire a permis son utilisation dans le texte de Bérénice Staedel.

1. La genèse de la formation

C'est dans ce contexte que le Laboratoire éducatifs et pratiques de santé (LEPS²), rattaché à l'Université de Bobigny-Paris 13, déploie depuis 2018³ une licence Sciences sanitaires et sociales – mention MSP (licence SSS-MSP), proposée par l'Université Bobigny-Paris. Ces compétences leur permettent de déterminer des choix de santé qui leur reviennent. Les chercheurs du LEPS étudient donc ce que les personnes apprennent et comprennent de leur santé et de leur maladie; comment elles font des choix devant un problème à résoudre (y compris concernant les propositions de soins ou d'accompagnement qui leur sont faites); pour quelles raisons elles acceptent ou non leur traitement.

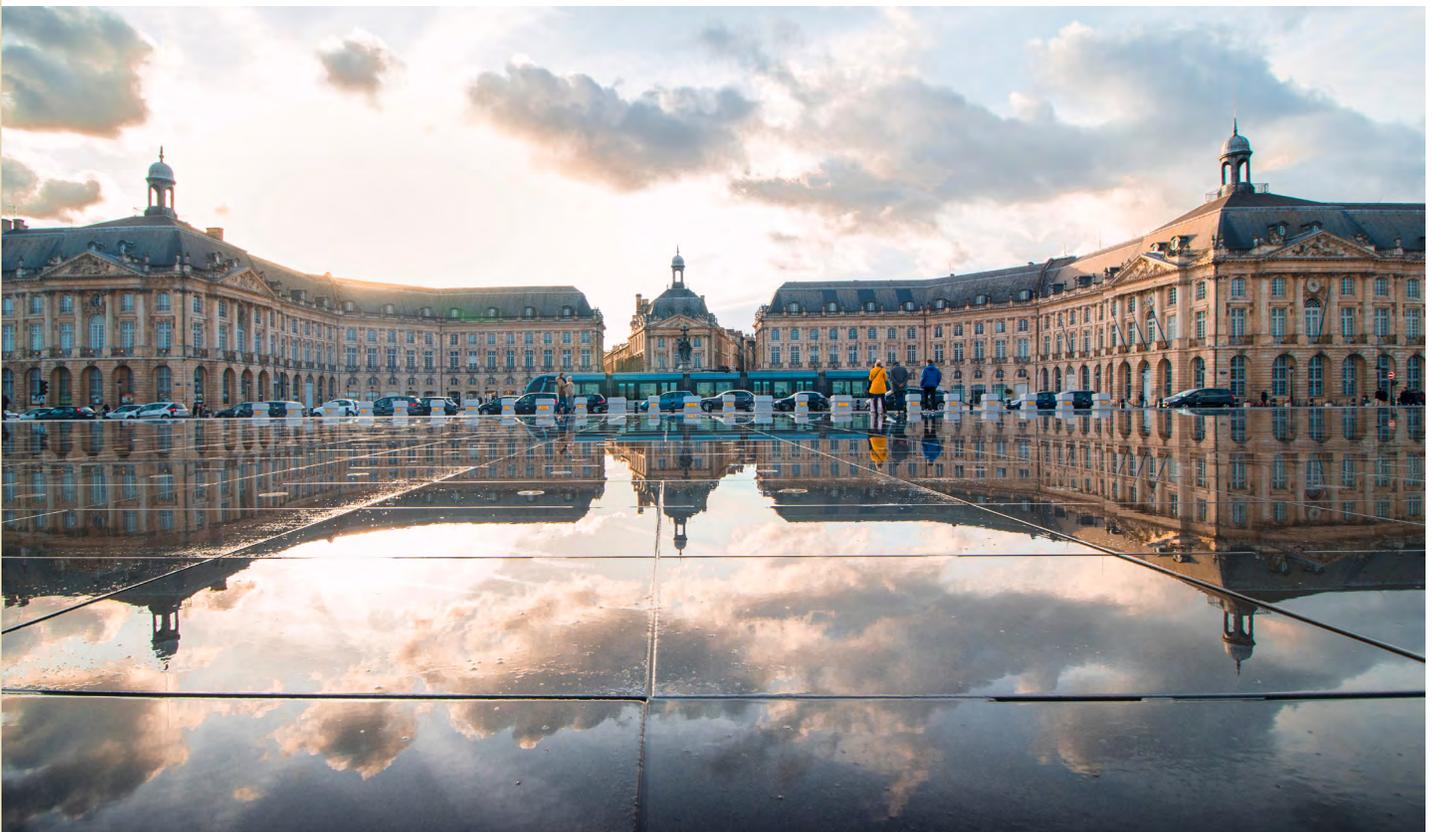
² <https://leps.univ-paris13.fr/fr/>.

³ En 2012, une première formation avait été déployée par le CCOMS et l'université Paris. Ce diplôme universitaire de médiateurs de santé pairs avait formé 29 personnes.

Le fait que les personnes acquièrent des compétences en santé les conduit à prendre une place de plus en plus importante dans le système de soins. Ce fait s'inscrit dans la perspective où désormais celui-ci ne peut fonctionner sans la participation active de ses bénéficiaires.

Les recherches du LEPS visent également à caractériser les nouvelles figures singulières que l'on appelle « usager de santé » ou « patient expert » et à analyser leur participation au système de soins. Convaincu de l'importance d'intégrer dans les stratégies de résolution de problèmes sanitaires et médico-sociaux la perspective des patients et des usagers, le LEPS a œuvré pour la création d'une chaire de recherche en son sein, dédiée aux travaux que ce champ convoque : la Chaire de l'engagement des patients. Le parcours de licence SSS-MSP est intégré à la Chaire.

Crédit photo : Borja Lopez.



La licence SSS-MSP n'est pas un cursus initial au terme duquel on cherche un emploi, mais bien une mise en situation immédiate. Les médiateurs de santé pairs occupent leur poste avant le début de la formation : ils découvrent leur lieu d'exercice professionnel, se familiarisent avec les équipes qu'ils intègrent, apprennent progressivement comment fonctionne un centre hospitalier ou une structure médico-sociale.

Les étudiants médiateurs de santé pairs se rendent une semaine par mois à l'Université pour suivre les cours de licence qui s'organisent autour d'une formation à la médiation en santé mentale et de la valorisation du savoir expérientiel. Les enseignements sont ainsi concentrés sur huit semaines en présentiel, mais s'articulent avec de nombreux travaux dirigés, collectifs et individuels, qui sont à rendre entre les périodes de cours.

Les cours sont assurés par des enseignants de l'université Paris-13 (sociologie de la santé, droit de la santé, éducation à la santé, histoire de la psychiatrie, médiation en santé), mais aussi par des professionnels variés du champ de la santé mentale ainsi que des personnes expertes (usagers, médiateurs de santé pairs en exercice, pairs praticiens). Chaque année, les étudiants médiateurs de santé pairs viennent de toute la France métropolitaine de même que des territoires d'outre-mer.

L'atteinte d'une culture commune, d'une situation professionnelle partagée, invite les médiateurs de santé pairs à recourir aux possibilités d'action pour identifier comment se situer en tant que

professionnels, mais aussi à aller puiser dans des pratiques connexes : médiation, éducation thérapeutique, accompagnement social. Ils devront apprendre à gérer les transferts nécessaires pour mobiliser ces connaissances, avec pour objectif de soutenir le rétablissement des usagers qu'ils accompagnent au sein des services. La compréhension des cadres de référence de ces pratiques est donc primordiale.

2. Les objectifs de la formation

- Acquérir une triple formation généraliste en droit, en économie-gestion et en sciences sociales.
- Acquérir une culture générale dans le domaine de la santé et des sciences sociales.
- Apporter des éléments de réponse dans le règlement de cas concrets relevant du champ sanitaire et social.
- S'intégrer dans une équipe hospitalière ou médico-sociale.
- Contribuer à améliorer la qualité du suivi et de l'accompagnement des personnes.
- Repérer ses forces et ses limites dans la relation d'aide, au sein d'une équipe et comme professionnel.
- Contribuer au rétablissement et à l'empowerment des personnes accueillies.
- Parfaire son identité professionnelle de médiateur de santé pair.

La pertinence du contenu de la formation est très régulièrement réévaluée grâce à des questionnaires proposés aux étudiants médiateurs de santé pairs et évolue en conséquence, afin de mieux répondre aux besoins des médiateurs sur le terrain, notamment du fait de la temporalité particulière de cette formation dite « en cours d'emploi » : des apports théoriques, mais aussi des outils concrets (techniques d'entretien, d'animation de groupe), doivent soutenir le médiateur de santé pair dans sa prise progressive de poste.

« Les étudiants médiateurs de santé pairs se rendent une semaine par mois à l'Université pour suivre les cours de licence qui s'organisent autour d'une formation à la médiation en santé mentale et de la valorisation du savoir expérientiel ».



3. Pourquoi une équipe ou un service a-t-il décidé de créer un poste de médiateur de santé pair?

Lorsqu'une équipe de soins ou médico-sociale décide de créer un poste de médiateur de santé pair, il est pertinent de travailler en amont, à partir de plusieurs questions.

Pourquoi maintenant?

Quel a été le cheminement qui a conduit à cette décision? Qui, au sein du pôle ou du service, porte cette initiative? Qui a enclenché la démarche? Est-ce le bon moment pour entreprendre l'intégration d'un pair aidant? S'agit-il d'une période de transition : changement de direction, de chefferie de pôle, de locaux?

Cette question du moment détermine la capacité des professionnels à se montrer disposés à intégrer un collègue d'un nouveau genre.

Le paradoxe est que, parfois, ce projet d'intégrer un pair aidant est volontairement déployé en même temps que d'autres changements importants, souvent structurels.

À titre d'exemple, ce projet émerge régulièrement à l'occasion de la création dans un pôle de psychiatrie d'une unité de réadaptation psychosociale, ce qui s'accompagne de réaménagements importants : départ en formation d'une partie de l'équipe, arrivée de nouveaux soignants, évolution des places et des missions de plusieurs professionnels de l'équipe.

« Si l'intégration d'un médiateur de santé pair constitue une case supplémentaire à cocher parmi différents attendus institutionnels, il est possible que l'équipe n'ait pas disposé du temps nécessaire pour y réfléchir collectivement ».

Le recrutement d'un pair aidant ou d'un médiateur de santé pair peut également découler d'une motivation en lien avec les attentes des instances et des financeurs publics. En effet, le cahier des charges de nombreux appels d'offres souligne l'importance d'associer des usagers dans le montage de projets innovants, notamment dans le champ de la réadaptation psychosociale et de l'éducation thérapeutique du patient. Il s'agit là d'une zone de risque, car si l'intégration d'un médiateur de santé pair constitue une case supplémentaire à cocher parmi différents attendus institutionnels, il est possible que l'équipe n'ait pas disposé du temps nécessaire pour y réfléchir collectivement, le temps de se demander quel est son projet, pourquoi et comment elle projette cette création d'un poste.

Comment favoriser une intégration ?

La question des territoires professionnels est au cœur de l'intégration professionnelle d'un pair aidant. Celui-ci va devoir délimiter progressivement les frontières de sa fonction, sans empiéter sur celles de ses collègues, un exercice complexe, car il est établi comme « à côté » des professions des soins et de l'accompagnement.

Les professionnels sont parfois réticents à reconnaître que le parcours d'un usager peut se transformer en compétences, craignant parfois que leurs propres champs d'intervention ne se confondent avec celui du pair aidant. Il n'est pas rare qu'un soignant s'interroge également sur la valeur professionnelle de son intervention, donc sa légitimité.

Or, ouvrir un poste de pair aidant avec un statut de salarié, c'est estimer que le savoir expérientiel des troubles psychiques constitue un apport utile et indispensable pour une équipe. C'est aussi reconnaître que cette compétence est nécessaire et complémentaire à ce que proposent déjà les professionnels d'un service, d'une unité.

Cependant, ces sujets font encore débat pour une partie des professionnels des soins et de l'accompagnement. C'est pourquoi la décision de recruter un pair aidant professionnel devrait toujours être largement et ouvertement débattue en amont dans chaque équipe. Il est indispensable de proposer des espaces de parole et de discussions au préalable⁴.

Il n'existe, à ce jour, aucun guide exhaustif de l'intégration d'un pair aidant, même si des documents d'excellente qualité ont paru ces dernières années⁵. On peut dire qu'il existe autant de modalités d'intégration que de services.

Être intégré, accepté et reconnu en tant que pair aidant au sein d'une équipe est un processus

⁴ N. B. : À partir de septembre 2021, le CCOMS proposera des activités de formation à l'intention des équipes dans le champ sanitaire et médico-social.

⁵ Guide Pair-aidance FEHAP, Guide Développer le travail pair Auvergne-Rhône-Alpes, Livret Intégrer un travailleur pair par le Centre de ressources et de réhabilitation de Lyon, Guide méthodologique de la pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles, Dossier documentaire sur la pair-aidance de l'IREPS Bourgogne Franche-Comté, etc.

« Si tous ont connu la psychiatrie de l'intérieur en tant qu'usagers, ils découvrent avec intérêt comment fonctionne un service de soins ou une structure d'accompagnement et se passionnent souvent pour l'articulation entre les différents métiers, regards, compétences qui composent les équipes dans lesquelles ils travaillent ».

Crédit photo : Skylar Kang.



progressif, et les premiers mois constituent une période d'observation mutuelle. Car si les médiateurs de santé pairs se forment grâce aux enseignements reçus au cours du cursus de licence, ils se forment également au contact de l'ensemble des professionnels qu'ils côtoient dans les équipes. Tous les médiateurs de santé pairs témoignent en effet de la richesse de ce que leurs collègues leur apportent au quotidien (infirmiers, aides soignants, cadres de santé, éducateurs, animateurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, etc.).

Si tous ont connu la psychiatrie de l'intérieur en tant qu'usagers, ils découvrent avec intérêt comment fonctionne un service de soins ou une structure d'accompagnement et se passionnent souvent pour l'articulation entre les différents métiers, regards, compétences qui composent les équipes dans lesquelles ils travaillent.

Le CCOMS constate qu'il n'existe pas deux intégrations similaires, même au sein d'un même pôle ou service : le savoir expérientiel, construit à partir de la connaissance propre du pair aidant de ses troubles et de son parcours de rétablissement, mais aussi le passé professionnel et les éventuels engagements associatifs contribuent à construire progressivement la fiche de mission de chaque médiateur de santé pair.

4. L'accompagnement proposé par le CCOMS

L'équipe du CCOMS mène depuis 2011 une réflexion, de façon continue, sur le contenu de la formation à proposer aux médiateurs de santé pairs, tentant de répondre aux besoins des étudiants ainsi qu'à la temporalité particulière de cette formation en cours d'emploi. L'enjeu se situe sur deux plans : le savoir formel sur la psychiatrie, la santé mentale, l'histoire des mouvements des usagers dans le domaine de la santé, mais également le savoir informel qui concerne les enjeux propres aux services de psychiatrie et de façon plus générale aux professionnels de l'accompagnement.

Dans la majorité des cas, les médiateurs de santé pairs prennent leur poste quelques semaines, voire quelques mois, avant le début de la formation : ils découvrent leur lieu d'exercice professionnel, se familiarisent avec les équipes qu'ils intègrent, apprennent comment fonctionne un centre hospitalier ou une structure médico-sociale.

Cette période d'intégration ne se fait pas facilement, elle nécessite de nombreux ajustements, aussi bien de la part du médiateur de santé pair que du côté de l'équipe. Le CCOMS propose aux médiateurs un accompagnement personnalisé, sous la forme d'entretiens individuels, de visu et par téléphone, à la demande. L'objectif est de faire bénéficier les médiateurs de l'expérience du CCOMS concernant l'intégration professionnelle au sein des équipes : les freins identifiés, les attitudes facilitantes, les tensions internes aux équipes, les enjeux au sein des établissements qui ont mené au recrutement des médiateurs.

Il est important que les médiateurs de santé pairs puissent bénéficier d'espaces d'expression neutres concernant leur vécu professionnel qui ne sont liés ni à leurs employeurs ni au CCOMS ni à l'université.

« Les professionnels qui travaillent avec des médiateurs témoignent en effet du caractère complémentaire de cette fonction, aussi bien en matière d'apports pour les usagers que parce que l'intégration de ce nouveau métier contribue à un processus de transformation des services de psychiatrie et médico-sociaux, donnant une place plus importante aux concepts de rétablissement et de prise d'autonomie des usagers au sein des services ».

Des temps d'analyse ou d'échanges des pratiques entre médiateurs de santé pairs sont en création sur différentes régions depuis 2018 : le CCOMS a joint les équipes de plusieurs Centres de ressources sur le handicap psychique (CREHPSY) présents sur des territoires où des médiateurs sont en activité ainsi que le département de psychologie de l'université de Bordeaux. Ces structures ont manifesté leur intérêt à la suite de cette sollicitation et des groupes réguliers d'échanges des pratiques ont été mis en place dans quatre régions.

5. L'avenir du programme

L'intérêt pour le métier de médiateur de santé pair ne se dément pas, les retours d'expérience des établissements qui emploient déjà ce type de travailleur étant très positifs.

Les professionnels qui travaillent avec des médiateurs témoignent en effet du caractère complémentaire de cette fonction, aussi bien en matière d'apports pour les usagers que parce que l'intégration de ce nouveau métier contribue à un processus de transformation des services de psychiatrie et médico-sociaux, donnant une place plus importante aux concepts de rétablissement et de prise d'autonomie des usagers au sein des services.

Crédit photo : Rosivan Morais.



Le CCOMS est sollicité par de très nombreux usagers qui souhaitent devenir médiateurs de santé pairs ainsi que par les établissements sanitaires et médico-sociaux qui souhaitent créer des postes. À ce jour, 11 Agences régionales de santé ont apporté un soutien au déploiement de postes de médiateurs de santé pairs sous la forme de subventions.

Quatre-vingt-dix-huit (98) médiateurs de santé pairs sont actuellement en activité sur le territoire français. Ils ont pris part aux activités de formation qui ont eu lieu successivement en 2012, en 2018, en 2019, la plus récente ayant commencé en février 2021 et une nouvelle session devant s'enclencher en 2022.

6. Quelques retours d'expérience de médiateur de santé pairs

Les médiateurs de santé pairs utilisent leur savoir expérientiel dans « le prendre soin » qu'ils proposent aux usagers.

Ce savoir repose sur la connaissance et le vécu d'un chemin de rétablissement, sur l'identification réciproque avec les usagers des services de santé mentale et sur un rapport à la distance thérapeutique différent de celui des autres membres de l'équipe soignante.

Les enseignements permettent notamment aux médiateurs de combiner la maîtrise du langage des professionnels et des usagers, facilitant une forme de « bilinguisme » spécifique.

Un médiateur de santé pair en poste dans un hôpital de jour

À mon arrivée, je me suis présenté lors d'une réunion de synthèse hebdomadaire, j'ai dit « Je ne suis pas psychiatre, pas psychologue, j'ai été hospitalisé deux fois, je suis rétabli, mais encore sous traitement. Je viens en complément, pour accompagner les patients et leur apporter une touche d'espoir en plus ». Apparemment, ça a été bien pris.

J'ai pris part à un groupe dans lequel un patient culpabilisait d'avoir arrêté son traitement et d'avoir été ensuite réhospitalisé. Il disait avoir perdu du

temps, selon lui. Il y a eu un grand silence, la psychologue l'a laissé avec ça, elle n'a rien dit. J'ai pris la parole, j'ai dit que selon moi, il ne fallait pas culpabiliser, parce que peut-être que parfois ça fait partie du parcours, et qu'on se connaît sans doute mieux après. Quelques jours plus tard, j'ai eu de bons échos de cette conversation avec lui.

Je m'aperçois que notre tâche est subtile, car ce sont de petites choses qui peuvent changer les choses.

On est dans une relation horizontale, même si, évidemment, tout part d'abord de la démarche de la personne. Il y a quelque chose de la confiance peut-être, quand on se présente, quand on explique notre métier.

Les patients viennent me parler de choses fortes, je trouve, ils me demandent si on peut avoir une vie normale : « Est-ce que vous pensez que je pourrais retrouver une vie normale? »

Je crois que, là aussi, c'est plus concret de le voir en vrai, on est comme des ambassadeurs de la croyance, de la possibilité du rétablissement. Le fait de le voir, c'est peut-être plus pertinent. Peut-être que quand les professionnels le disent, les usagers ne le croient pas autant?

Il y a un patient qui faisait partie d'un groupe sur la connaissance des troubles, mais je crois qu'il n'était pas tout à fait prévenu de ce qui serait dit notamment par les trois vidéos projetées pendant l'atelier. On lui a proposé ce groupe, mais sans le prévenir qu'il ne faudrait pas qu'il s'identifie à tout. Il a un profil dit schizo-affectif, et c'est sans doute un peu différent, ça ne correspond pas. C'est quelqu'un de très sensible. Pour ce patient, ça l'a d'abord mis très mal. Il venait de demander son diagnostic, après des années. Il commençait à s'intéresser à ce qu'il a. Et là, l'équipe s'est dit, c'est le bon moment. Mais c'était peut-être trop tôt? Je lui ai dit « Vous avez fait beaucoup de chemin sur vous, vous avez déjà réussi à demander votre diagnostic ». Ça lui a fait du bien d'échanger certains propos avec moi, enfin c'est ce qu'il m'a dit. J'ai ensuite posé la question en réunion pour savoir si on sensibilise les patients quand on leur propose ce groupe d'information, ont-ils un minimum de connaissance de leur maladie. Ça a été bien pris, je crois, on a pu discuter ensemble.

Une médiatrice de santé paire en poste dans un CMP⁶

Une patiente est venue me voir en pleurs parce que pendant l'atelier de yoga, une professionnelle du service lui a mal parlé. Des propos très moralisateurs, sans nuances, alors que ça devrait être des moments légers. La professionnelle a très mal pris que la patiente se soit mise à pleurer, elle m'a dit plus tard « C'est normal, on est des soignants avant toute chose ». J'ai répondu « Déjà, une belle écoute, c'est tout ce qu'on demande, on ne cherche pas forcément une solution. Quand on vient en thérapie, on ne demande pas une solution, on demande à être écouté, à s'apaiser, à trouver un peu de bien-être, pour justement arriver à prendre de bonnes décisions après ».

Il me semble parfois que les soignants veulent impérativement trouver des solutions pour les gens. Alors que, parfois, ils n'y sont pas prêts. Ils vont s'en saisir parce qu'ils ont tellement marre de souffrir, mais c'est très dangereux, c'est une responsabilité! Je ne peux et ne veux pas orienter une personne sur une décision de vie. Je m'inspire beaucoup des cours de la licence pour partager ensuite en équipe. J'y vais assez intuitivement sur ce que peut m'apporter la formation. J'avais peur de perdre un peu mon identité avec la formation. On nous donne bien des concepts, je mets beaucoup d'énergie pour les mettre à ma sauce.

Les médiateurs de santé pairs dans le contexte de la crise sanitaire

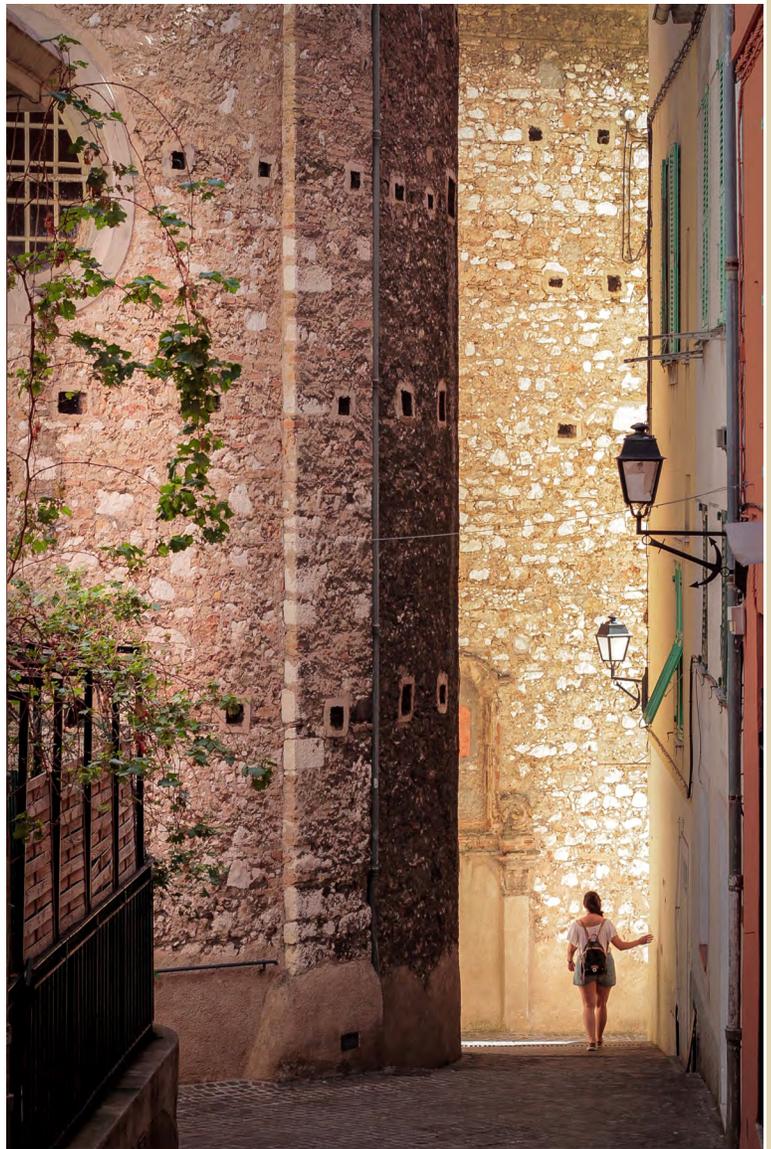
La crise sanitaire liée au Covid-19 a bouleversé très brusquement l'organisation de la société et des services en santé mentale. Le confinement imposé à tout le monde l'a donc également été aux médiateurs de santé pairs. Il nous a semblé intéressant de comprendre les conséquences de cette crise sur leur activité dans les services.

Nous avons

⁶ Les centres médico-psychologiques sont des unités d'accueil et de coordination pour des soins psychiatriques en milieu ouvert, offrant prévention, diagnostic, soins ambulatoires et interventions à domicile, S. Dupays et le docteur J. Emmanuelli. (2019). Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. <https://igas.gouv.fr/>.

1. considéré leur ancienneté; certains ont en effet encore un statut d'étudiant en formation, les autres sont professionnels en titre, en poste depuis 2012 ou 2018;
2. cherché à savoir comment leur savoir expérientiel avait pu être utilisé durant la période de confinement;
3. cherché à identifier les freins et les facilitateurs à leurs actions dans les services et auprès

Crédit photo : Cassiano Psomas.



des usagers.

Une enquête a été menée pendant la période de confinement auprès de l'ensemble des médiateurs de santé pairs en poste en 2020. Les réponses montrent l'intérêt de leur place et de leurs fonctions dans les équipes de psychiatrie et médico-sociales, qui leur ont souvent donné la possibilité de continuer leur travail en les intégrant à la réorganisation majeure des services induite par la situation pandémique.

Cette enquête montre aussi qu'ils ont presque tous déjà subi, un jour ou l'autre de leur vie, des périodes de confinement et d'isolement social, en lien avec des troubles psychiques ou une hospitalisation en psychiatrie, et qu'ils en ont tiré des enseignements qu'ils ont pu mettre à profit lors du confinement dû au Covid-19, au cours de leur propre cheminement de rétablissement.

Les résultats de cette enquête permettent de comprendre comment, dans ce contexte particulier, ces expériences ont pu être utiles aux médiateurs de santé pairs eux-mêmes, mais aussi aux usagers des services et aux équipes de soins et d'accompagnement. Cette enquête illustre également la plus-value et la richesse de la présence des médiateurs au sein des équipes, et la façon dont ils s'inscrivent en complémentarité des autres professions. Quand il leur en était donné la possibilité durant cette période si particulière, ils ont pu agir comme de réels leviers de changement.

L'analyse thématique a permis de dégager deux types de savoir expérientiel éventuellement mobilisables en période de confinement. Le premier (le plus abordé) est celui des expériences d'isolement en lien avec les parcours de vie, les troubles et le rétablissement, qui a eu une fonction ressource dans l'accompagnement des usagers.

Dans un premier temps, cette situation de confinement a ravivé des traumatismes anciens de confinement psychiatrique non choisis. Aujourd'hui, ce vécu me permet d'accompagner encore mieux les personnes souffrant de ce confinement dans la gestion de leurs angoisses, émotions, relations... et de mettre en lumière les ressources que les personnes conservent en dépit de ce moment inhabituel et de les rassurer encore plus efficacement.

Un médiateur de santé pair

Plusieurs médiateurs ont fait référence à l'isolement lié à l'expérience des troubles psychiques ainsi qu'à leur parcours de rétablissement personnel. Ces médiateurs de santé pairs font valoir que cette expérience constitue une ressource pour affronter le confinement, particulièrement par rapport aux personnes qui n'auraient pas un vécu similaire. Certains médiateurs ont témoigné que cette expérience a été un moyen de relativiser ou d'objectiver la situation de confinement.

Nos capacités d'adaptation sont très sollicitées et cela nous permet de redéfinir nos missions, encore et toujours, afin d'être au plus proche des attentes et des désirs des personnes, et, dans les équipes qui ne cèdent pas à la panique et donc au cadenas sécuritaire⁷, l'écoute est plus fine, plus attentive.

Un médiateur de santé pair

La situation amenée par la crise sanitaire a permis à des médiateurs de santé pairs de gagner en autonomie et en latitude de travail, ce qui a été notamment précieux pour certains qui étaient alors encore en formation et dont la marge de manœuvre était assez réduite.

Mes missions ont changé pendant le confinement et je parviens plutôt à m'y adapter (grâce à une ligne d'écoute téléphonique, des vidéos, un apport de contenus, des visios pour réfléchir à de nouveaux projets, la création de ressources pour les usagers, des questionnaires en ligne pour les équipes par l'observatoire du rétablissement, une autre organisation du travail avec mes collègues qui sont pour la plupart en télétravail). Ça fonctionne plutôt bien.

Le télétravail me permet de travailler des projets en profondeur pour l'après-coronavirus. Néanmoins, le dialogue avec mes collègues est essentiel pour ne pas perdre de vue la situation des usagers et une situation globale en pleine évolution et dont l'issue reste fondamentalement incertaine. Je devrais prochainement pouvoir participer aux réunions cliniques par visio, ce qui me permettra de me rapprocher des situations vécues par les usagers.

⁷ Cadenas sécuritaire : pendant la pandémie, certaines équipes ont eu tendance à trop encadrer les personnes qui vivent avec un trouble de santé mentale (brimer à l'extrême leur liberté et oublier les histoires de rétablissement et d'écoute des désirs de la personne) de peur que la situation ne devienne hors de contrôle.

Un médiateur de santé pair

Certains médiateurs de santé pairs se sont sentis particulièrement utiles et ont trouvé beaucoup de sens à leur métier dans ce contexte particulier.

Le rôle de médiateur en temps de confinement est capital pour la motivation des usagers face à la double épreuve de leurs troubles et de l'angoisse d'être contaminé.

Depuis le confinement, le lien de proximité qui m'est si cher avec les personnes que j'accompagne prend encore plus d'ampleur. En ce moment, je reçois autant que je donne, encore plus que d'habitude.

Un médiateur de santé pair



Conclusion

Le confinement n'est pas un phénomène étranger aux médiateurs de santé pairs. Ils l'ont quasiment tous vécu au travers de l'expérience des troubles psychiques, de l'hospitalisation, de l'isolement social et de l'exclusion. Le savoir existentiel et expérientiel de ces périodes fait que le confinement national a été appréhendé sans trop de difficultés par la plupart d'entre eux, d'autant que l'engagement dans ce métier nécessite un processus de rétablissement bien avancé et une capacité de recul importante.

Les médiateurs de santé pairs ont eu à faire face à des situations à la fois difficiles pour les usagers et pour eux-mêmes concernant les droits des patients et l'accès aux soins. Ils ont aussi rencontré des situations parfois plus favorables que celles précédant la pandémie, avec une résilience forte des usagers et du système de soins, les usagers apparaissant parfois mieux préparés que les professionnels à cette situation du fait de leur vécu antérieur.

Références

Vous pouvez suivre l'ensemble de l'actualité du programme sur la page Facebook <https://www.facebook.com/MSPEPSMImCC/>.

Le savoir expérientiel mobilisé par un médiateur de santé pair

Avoir été malade : le vécu de la maladie, un rapport particulier au corps, une expérience du choc du diagnostic, l'expérience des moments de catastrophe, de doute, de confusion et de désespoir, les souvenirs d'affects et d'émotions, le déclin – voire l'absence – du désir de vivre, la honte, le sentiment d'abandon, les problèmes de vie consécutifs au trouble psychique (chômage, précarité, problèmes financiers et de logement, perte des amis, etc.).

Avoir été patient : l'institution psychiatrique, les différentes formes et degrés de contrainte, les médicaments et leurs effets secondaires, les relations au personnel soignant, les émotions liées au fait d'être parfois traité comme « un cas », l'intuition des modes de défense et des réactions des soignants, la distance aux soignants, les relations entre patients, l'entraide, les « combines » et les « tuyaux », les rapports de force soignants-soignés et entre les patients.

S'être rétabli : avoir vécu « le fait de s'en sortir » : comment?, à quel rythme?, quels étaient les signes?, en mettant en jeu quelle mobilisation personnelle?, quels moyens thérapeutiques?

Pour être mobilisable dans le travail, le savoir expérientiel, qui n'est pas simplement de l'affect brut, demande de la réflexivité et certaines conditions ou dispositions : pouvoir se souvenir, pouvoir reprendre contact avec des émotions difficiles sans se sentir submergé, avoir envie d'utiliser des expériences douloureuses à des fins socialement positives. Rédigé par une médiatrice de santé paire

L'accompagnement des équipes et les interventions de pairs aidants en Belgique francophone

Stéphane Waha, pair aidant, formateur et accompagnateur
au sein du projet PAT chez En Route et au Smes



Les pairs aidants apportent soutien et accompagnement à leurs pairs : des personnes qui vivent des situations semblables. On les retrouve dans de nombreux domaines où les expériences de vie ont laissé des traces, parfois indélébiles, dont il est difficile de se relever.

En Belgique francophone, il y a cinq ans, la pair-aidance était très peu connue. Elle fait aujourd'hui l'objet d'un intérêt croissant de la part des pouvoirs publics. Du côté des institutions des secteurs de l'accompagnement et des soins, cela bouge également. Au cours des deux dernières années, des équipes se sont lancées et le recrutement de pairs aidants s'est multiplié.

On est passé d'une interrogation, « Qu'est-ce que la pair-aidance? », à la formulation de projets bien concrets pour les équipes et les pairs aidants. Or l'aventure pose de nombreuses questions à ces

acteurs d'une nouvelle forme d'accompagnement des personnes en rétablissement.

C'est pour favoriser le déploiement de la pair-aidance que des acteurs de terrain ont amorcé des initiatives qui visent à faciliter la préparation des équipes en amont du recrutement et à offrir un soutien aux pairs aidants actifs (formés ou non), notamment sous la forme d'intervisions. Il s'agit ici de rencontres mensuelles entre pairs aidants actifs afin de réfléchir ensemble sur nos pratiques et les défis que celles-ci nous posent.

Ce mouvement est lancé par le projet PAT (Peer And Team support) que nous vous présenterons plus loin dans cet article. Le projet est porté par deux acteurs majeurs de la pair-aidance en Belgique francophone : En Route (la fédération des pairs aidants) et le Smes (Santé mentale et exclusion sociale) qui fédère différentes institutions des secteurs psycho-médico-sociaux¹.

Des acteurs de la pair-aidance engagés

En Route, créée en 2014, regroupe une quarantaine de pairs aidants. Ces derniers ont des parcours variés : trouble de santé mentale, dépendance, exclusion sociale, précarité, violence intrafamiliale... C'est une première particularité. Les professionnels de ces secteurs, qui traditionnellement se coordonnent peu, rencontrent des pairs aidants qui se parlent et instaurent une approche et un positionnement communs. C'est une vraie richesse. D'une part, les personnes en rétablissement présentent souvent un cheminement tortueux qui

« Les interventions sont des rencontres mensuelles entre pairs aidants actifs afin de réfléchir ensemble sur nos pratiques et les défis que celles-ci nous posent ».

¹ www.smes.be et www.enrouteweb.org.

touche parfois à des domaines qui ne sont pas familiers à tous les pairs aidants. Même si les divers parcours de rétablissement ont des caractéristiques communes, affronter des situations très différentes fait souvent que l'identification réciproque, qui fonde la relation de pairs, ne s'opère que difficilement.

À mesure que la pair-aidance évolue et que des pairs aidants sont formés², le nombre de membres d'En Route s'accroît. Nous étions neuf membres en 2019! L'association regroupe des pairs aidants formés ou non qui ambitionnent d'exercer leur activité en tant que bénévoles ou travailleurs rémunérés. La fédération soutient tous les projets, quels qu'ils soient.

En Route enclenche des actions pour promouvoir la pair-aidance et sa professionnalisation, et favoriser son développement. Elle cherche aussi à fédérer les associations de pairs aidants sur le plan international à travers la FAPAF : Fédération des associations de pairs aidants francophone qui comprend des associations du Québec, de la France, de la Suisse et de la Belgique.

² Actuellement, il existe une seule formation à la pair-aidance. Elle est organisée par l'Université de Mons. En place depuis 2016, la formation a accueilli environ 80 pairs aidants dont la moitié l'a terminée.

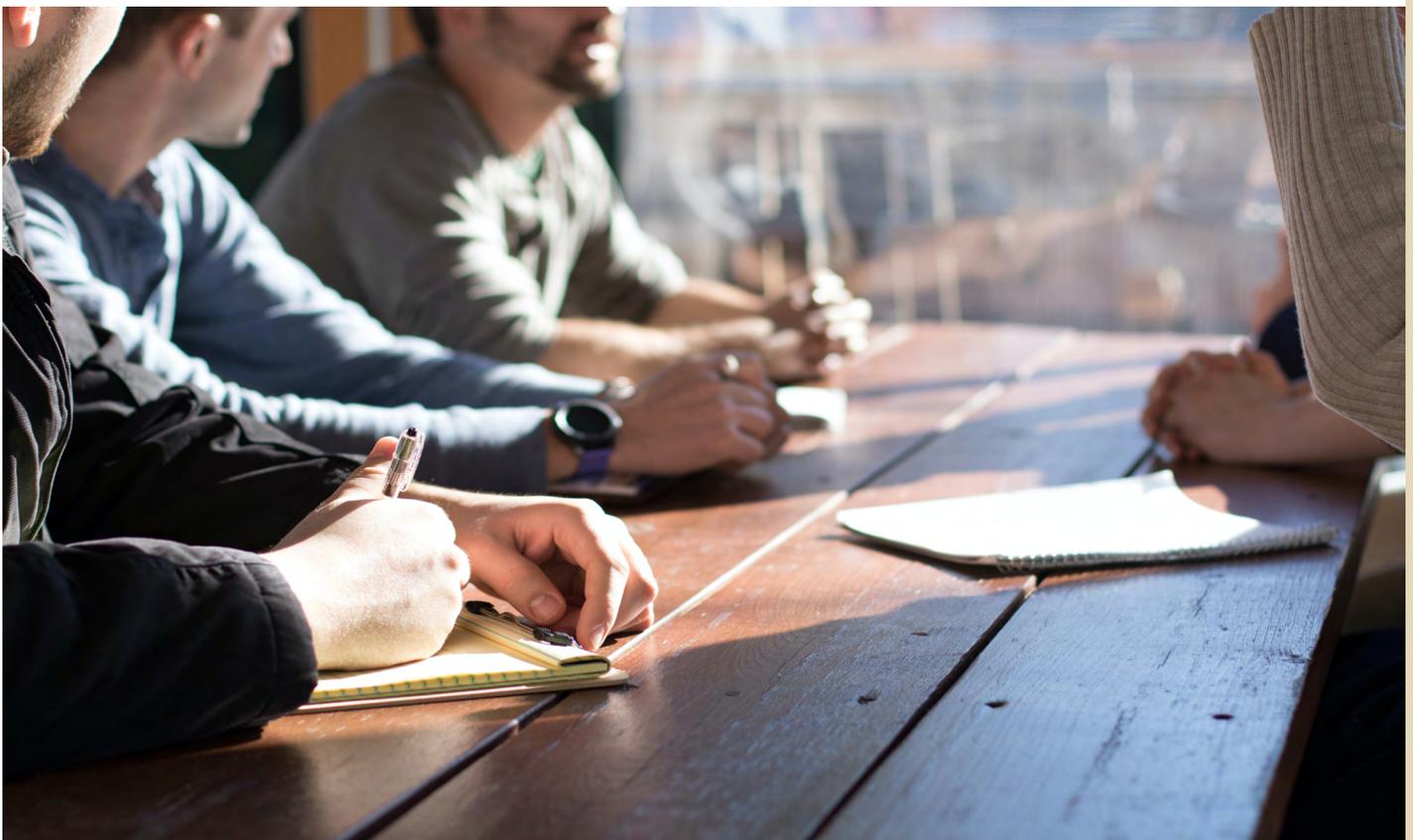
Le Smes est une autre association bruxelloise. Grâce à la collaboration des acteurs psycho-médico-sociaux et à une aide inconditionnelle à la personne, le Smes recherche, crée et favorise des solutions innovantes et sur mesure en échangeant entre les professionnels (axe Connect), en soutenant les acteurs de première ligne (axe Support) et en agissant avec les personnes sur leurs conditions de vie (projet Housing First). Ce projet, Housing First, emploie un pair aidant depuis plusieurs années.

Le projet PAT

Le Smes et En Route se sont associés pour offrir un service de formation et d'accompagnement des équipes qui souhaitent engager des pairs aidants : le projet PAT. Le projet est né d'un double constat.

D'une part, malgré les avancées récentes sur le terrain, les interrogations subsistent. Ainsi, le seul fait d'intégrer un pair aidant comme collègue soulève un grand nombre de questions au sein des équipes.

D'autre part, des expériences menées à l'étranger, il ressort que l'engagement de pairs aidants dans des équipes qui n'ont pas eu le temps de la réflexion et de la préparation a conduit à un certain nombre



« L'approche du projet PAT ne consiste pas à proposer une solution unique qui correspondrait à toutes les équipes. Au contraire, le travail se fait en coconstruction ».



d'échecs. La pair-aidance et la philosophie du rétablissement dont le pair aidant est porteur viennent mettre en question l'organisation, les pratiques et les lignes établies. Une équipe qui n'est pas consciente que certains aspects de son travail puissent faire l'objet d'une remise en question court le risque de voir son projet échouer.

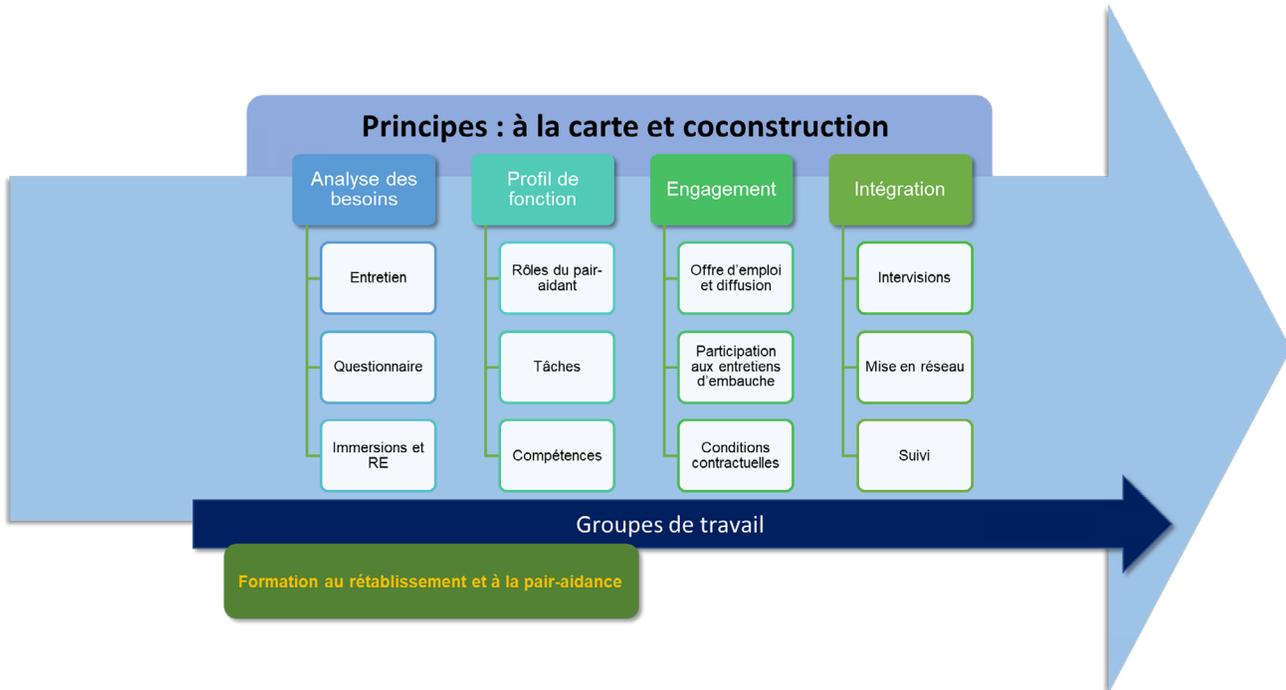
C'est pourquoi le projet PAT propose un accompagnement aux équipes en amont d'un engagement et, en aval, un soutien de proximité aux pairs aidants engagés, sous forme d'intervisions et d'une mise en réseau.

Projet PAT : Méthodologie

L'approche du projet PAT ne consiste pas à proposer une solution unique qui correspondrait à toutes les équipes. Au contraire, le travail se fait en coconstruction, en fonction de l'état d'avancement de la réflexion sur la pair-aidance et le rétablissement ainsi que des besoins particuliers identifiés sur le terrain.

Pour ce faire, l'accompagnement commence par un questionnaire anonyme qui a pour but d'évaluer le degré de connaissance de la pair-aidance et de sa philosophie, les attentes et les craintes de l'équipe. Ces craintes sont légitimes et reviennent presque chaque fois. Comment considérer comme collègue un ancien bénéficiaire (et inversement)? Sera-t-il suffisamment solide pour résister à la pression du métier? Des situations ne risquent-elles pas de

« L'équipe du projet PAT peut alors aider à rédiger l'offre d'emploi et assister aux entretiens d'embauche pour apporter un regard propre à la profession de pair aidant ».



le renvoyer à des souvenirs traumatiques et de le fragiliser? Comment articuler son apport avec nos pratiques? Ne va-t-il pas prendre ma place? Qu'est-ce qui fait sa spécificité?

En parallèle, nous mettons sur pied un groupe de travail qui comprend de préférence l'ensemble de l'équipe. Dans un premier temps, le groupe cherche à travailler sur ces craintes et leurs représentations. L'équipe du projet PAT est là pour aborder les « questions qui fâchent ».

« L'objectif principal est de réfléchir ensemble à des situations concrètes vécues par les pairs aidants dans leur travail, de les mettre en perspective et d'essayer de formuler des pistes de solutions ou d'actions ».

Afin de nourrir le processus, l'équipe réalise des immersions et accompagne les travailleurs sur le terrain. Cette étape offre plusieurs bénéfices. Elle permet aux travailleurs de « toucher un pair aidant du doigt ». Elle fournit à l'équipe du projet PAT une meilleure compréhension du travail et permet de pointer les moments ou contextes dans lesquels un pair aidant pourrait apporter un plus au travailleur et lui permettre d'encore mieux faire son travail.

Le projet PAT propose également une dizaine de modules de formation au rétablissement et à la pair-aidance qui améliorent les connaissances des travailleurs quant aux outils que le pair aidant va mobiliser dans ses activités.

Une fois bien compris qu'un pair aidant apporte une réelle valeur ajoutée par son approche et ses outils, le groupe de travail aborde le profil de fonction idéal, selon le rôle et les tâches qu'il a imaginés.

L'équipe du projet PAT peut alors aider à rédiger l'offre d'emploi et assister aux entretiens d'embauche pour apporter un regard propre à la profession de pair aidant. Comment la personne vit-elle son rétablissement? Quelles sont ses valeurs? Se sent-elle paire? Comment se voit-elle aidante?



Crédit photo : Ingo Joseph.

Le soutien aux pairs aidants et les interventions

Une fois le pair aidant engagé, une série de propositions sont formulées afin de soutenir celui-ci dans son travail. En effet, il est important que le pair aidant ne soit pas isolé dans son institution. En Route propose donc aux pairs aidants de rejoindre l'association pour bénéficier de ses activités. Le réseau des pairs aidants peut s'avérer précieux. D'une part, pour faire partie d'une communauté qui offre des ressources et un soutien informel. D'autre part, pour contribuer à la professionnalisation de la pair-aidance et à sa reconnaissance.

Le projet PAT offre quant à lui un cycle d'interventions afin de soutenir les pairs aidants dans leur position singulière. À la fois membre de l'équipe et proche des personnes accompagnées, le pair aidant occupe une place particulière qui ne va pas sans

« Le réseau des pairs aidants peut s'avérer précieux. D'une part, pour faire partie d'une communauté qui offre des ressources et un soutien informel. D'autre part, pour contribuer à la professionnalisation de la pair-aidance et à sa reconnaissance ».

poser de nombreuses questions. Par ailleurs, l'accompagnement des personnes en rétablissement par le pair aidant génère souvent des situations qui bousculent.

Certains pairs aidants bénéficient d'une supervision individuelle avec un psychologue formé à cette pratique, mais ce n'est pas le cas de la majorité. Les interventions sont un dispositif différent et complémentaire. Elles rassemblent uniquement des pairs aidants actifs en première ligne, salariés ou bénévoles, formés ou non. Ceux-ci travaillent dans des institutions et des secteurs variés.

L'objectif principal est de réfléchir ensemble à des situations concrètes vécues par les pairs aidants dans leur travail, de les mettre en perspective et d'essayer de formuler des pistes de solutions ou d'actions. Les échanges se déroulent dans un cadre sécurisant et selon une méthodologie bien rôdée.

« L'objectif principal est de réfléchir ensemble à des situations concrètes vécues par les pairs aidants dans leur travail, de les mettre en perspective et d'essayer de formuler des pistes de solutions ou d'actions ».

En ce qui a trait au cadre, le principe du secret professionnel s'applique. C'est-à-dire que les situations sont débattues sous le couvert de l'anonymat et que les échanges ne sont pas partagés à l'extérieur du groupe. Même si les pairs aidants ne sont pas (encore) constitués en un corps de métier disposant de son propre code de déontologie, le code pénal belge s'applique. Il stipule que « [l]es médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en justice ou devant une commission d'enquête parlementaire et celui où la loi les oblige à faire connaître ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent euros à cinq cents euros ». Dans la mesure où un pair aidant peut être détenteur de secrets qui lui sont confiés en tant que travailleur bénévole ou rémunéré, ces dispositions s'imposent à lui.

Les réunions sont animées par les deux pairs aidants de l'équipe du projet PAT, qui sont garants du cadre et du déroulement. La méthodologie qu'ils emploient est inspirée de l'analyse de pratiques professionnelles. C'est une démarche qui se réalise en groupe et qui offre un moyen informel de procéder à une analyse réflexive, métacognitive, à petite échelle et sans complication méthodologique liée à des systèmes d'évaluation. Elle sert aussi à jeter un regard critique sur la pratique et certains aspects du travail de pair aidant afin de les analyser et de les améliorer. C'est une démarche de formation professionnelle issue des groupes Balint, du nom du psychiatre

anglais qui dans les années 60 utilisait cette manière de faire pour la formation des médecins dont il avait la responsabilité. Le groupe est constitué d'une dizaine de pairs aidants et d'animateurs. Il se réunit en présentiel mensuellement pour une durée de trois heures sur une période de dix mois. En Route propose également une version en ligne des interventions qui rassemble des participants belges et français. Le groupe reste le même pour la durée du cycle afin de favoriser la connaissance mutuelle et la qualité des échanges. En vue de rencontrer la demande croissante d'interventions, à mesure que des pairs aidants sont engagés, des nouveaux membres peuvent rejoindre le groupe moyennant accord des participants.

Le déroulement est balisé de la manière suivante :

1. La personne qui a proposé une situation le mois précédent fait un retour sur l'évolution de cette proposition;
2. Un premier tour de table permet à chacun de parler de son humeur du jour et d'indiquer s'il a une situation (ou vignette) à proposer. Si tel est le cas, il décrit celle-ci très succinctement. À l'issue, un nouveau tour de table a lieu afin que chacun indique sa préférence quant aux cas à aborder le jour même. Généralement, le groupe se concentre assez spontanément sur deux ou trois vignettes;
3. La personne qui a introduit la situation choisie par le groupe détaille celle-ci;
4. Les participants posent des questions pour obtenir des détails, éclaircir certains points. Lors de cette étape, il est très important que les participants ne se lancent pas déjà dans l'analyse ou dans des suggestions afin que la situation puisse être éclairée le plus précisément possible;
5. Le groupe formule des éléments d'analyse, suggère des attitudes ou des actions pour le pair aidant. C'est une étape délicate qui doit se faire avec bienveillance;
6. Enfin, le pair aidant fait un retour au groupe sur les points avec lesquels il repart et la manière dont il compte les mettre en pratique dans son travail, pour lui-même, l'équipe et les personnes

« Dans la mesure où les intervisions remettent chaque fois sur le métier les connaissances, attitudes et aptitudes des pairs aidants et qu'elles s'interrogent sur les valeurs et fondements de la pair-aidance, elles constituent un dispositif de formation continue et un outil pour évoluer dans la pratique ».

qu'il accompagne.

La notion de pratique inclut l'idée d'application. Par contre, elle ne se cantonne pas uniquement au « faire » et aux gestes, mais aussi aux moyens et aux procédés pour « faire ». Comprendre cette double dimension est précieux : d'un côté, les gestes, les conduites et le langage; de l'autre, les valeurs, les objectifs, les stratégies, les principes et l'éthique.

C'est pourquoi l'analyse des vignettes et les suggestions du groupe mobilisent un savoir issu des deux dimensions de la pratique³. Elles peuvent porter sur différents aspects. Tout d'abord, il y a l'émergence de la compréhension de la situation/du problème, de ses dimensions, de sa structure (Know-What). Elles vont puiser dans les compétences et expériences ainsi que dans les astuces et trucs trouvés par chacun dans sa pratique (Know-How tiré du savoir expérientiel). Elles proposent aussi des pistes d'orientation vers des ressources adéquates (Know-Whom tiré du savoir de réseau). Au-delà des suggestions « factuelles », l'exercice permet également de s'interroger sur les raisons d'agir du pair aidant (Know-Why), la pertinence des actions (Know-Why), le sens, les limites et la mesure des actions (Know-How much).

³ Jean-Gilles Boula, Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante?

En somme, à travers chaque situation, le groupe se pose à nouveau des questions sur deux termes qui fondent notre métier : Que signifie être pair? Comment peut-on être aidant? Dans la mesure où les intervisions remettent chaque fois sur le métier les connaissances, attitudes et aptitudes des pairs aidants et qu'elles s'interrogent sur les valeurs et fondements de la pair-aidance, elles constituent un dispositif de formation continue et un outil pour évoluer dans la pratique.

Et ça fonctionne! À chaque intervision, les participants qui ont pu bénéficier de l'apport du groupe témoignent du fait que cela les a aidés dans leur travail. Pour favoriser la réussite d'un tel exercice, il convient d'éviter un certain nombre de travers dans lesquels on peut rapidement tomber. Il faut d'abord rappeler que les intervisions ne sont pas

1. des groupes de parole ni des thérapies individuelles ou de groupe;
2. des rencontres sociales, même si elles les encouragent;
3. l'endroit pour un soutien émotif, même si les émotions font partie intégrante des situations abordées; l'exercice est délicat : le groupe doit être à l'écoute de chacun et manifester de l'empathie, mais son but n'est pas le soutien émotif;
4. des évaluations.

Le pair aidant apporte une réflexion sur une situation qui le trouble. Son analyse implique nécessairement qu'il s'interroge sur la façon dont il a pris position et a agi ou pas. Délicatesse et doigté sont essentiels aux échanges afin de ne pas juger, déstabiliser ou dévaloriser, mais au contraire de soutenir et de promouvoir des solutions émancipatrices.

Tous les pairs aidants devraient pouvoir participer à des intervisions. Il faut évidemment que cette décision soit libre et volontaire. Au projet PAT, nous privilégions cette pratique et suggérons aux équipes qui côtoient des pairs aidants d'intégrer l'intervention dans le temps de travail. Faire preuve de compétence professionnelle n'est cependant pas un choix. C'est une obligation déontologique et l'approche informelle des intervisions offre un dispositif qui permet de

répondre à cette aspiration, même s'il n'est pas le seul.

Conclusion

Les interventions nous permettent de prendre une certaine distance par rapport au quotidien. L'analyse de nos pratiques tout comme l'action du groupe renforcent le sens de l'identité de pair aidant chez les participants. En effet, tout ce qui rend plus clairs les cadres de notre action, son importance, l'étendue de nos responsabilités, l'éthique qui la sous-tend et sa beauté crée et solidifie notre identité professionnelle. Cette identité se révèle très importante, car elle fait contre-poids à la dynamique des autres professionnels avec lesquels le pair aidant travaille. Elle donne un point d'appui pour éviter de se laisser happer par le vocabulaire de ceux-ci ou leur manière d'aborder les situations et pouvoir cultiver la position singulière du pair aidant. Nous avons besoin de distance car, au quotidien, en raison de la lourdeur de la tâche et de l'investissement qu'elle demande, il est aisé d'être emporté par le courant si l'on n'y prend garde. Les interventions sont un moment où nous réfléchissons au sens que nous donnons à notre travail, où nous essayons de mieux comprendre encore le sens et la portée de notre action, pour mieux saisir comment nous agissons et pourquoi.

Comme les interventions sont une démarche de groupe, elles permettent aussi de faire émerger des connaissances et des compétences communes qui exercent un effet « professionnalisant ». La dynamique du groupe y joue un rôle important. Les commentaires respectueux de l'autre, les échanges de suggestions, les discussions fertiles créent une expérience enrichissante qui favorise à la fois la transmission, la mutualisation et l'assimilation du savoir ainsi que la mise à jour de nos compétences.



Crédit photo : Lena Khru Pina.

Référence

Boula, J.-G. (2021). *Comment renforcer le processus de professionnalisation dans la pratique soignante?*, Genève, Aldo Campana.
https://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/processus_professionnalisation.htm.

Pair-aidance professionnelle en Suisse romande :

L'association re-pairs et ses actions

Roxane Mazallon, paire praticienne en santé mentale et présidente de l'association



Pas étonnant que l'évolution de la pair-aidance en Suisse montre de profondes disparités en fonction des régions et des cantons.

La Suisse est constituée de 4 régions linguistiques (allemande, française, italienne et romanche) et se divise en 26 cantons. Chaque canton possède sa propre constitution, son parlement, son

gouvernement et ses tribunaux. La santé et les services sociaux sont des prérogatives cantonales.

Depuis 2010, en Suisse alémanique, des personnes qui ont fait l'expérience de la crise psychique et du rétablissement sont formées sur la base du projet pilote européen Leonardo Da Vinci. Après avoir suivi ce programme baptisé Experienced Involvement, ces experts par expérience obtiennent un certificat de pair-praticien-en santé mentale (PPSM; peer en allemand).

En Suisse romande, une formation équivalente a été lancée en 2013 et trois cohortes ont terminé le programme à ce jour (2013, 2017 et 2022), pour un total de 29 pairs formés.

En 2017, le Centre de sciences infirmières cliniques des Services psychiatriques universitaires bernois¹ a mené une enquête pour établir un état des lieux du travail pair en Suisse alémanique. Cette recherche donne une idée de l'implantation de ce nouveau métier dans cette région. Elle expose qu'en 2017, quelque

¹ Universitären Psychiatrischen Dienste, dans la langue bernoise.

125 pairs exerçaient ce métier, majoritairement avec le statut de salarié, et qu'ils affichaient en moyenne 2,7 années d'expérience. Les PPSM interrogés estiment que leur travail est porteur de sens et s'en disent très satisfaits, y compris, pour la plupart, sous l'angle de la rémunération. Notons que 80 % des salariés disposaient d'un cahier des charges correspondant. Une grande partie des PPSM exercent en contact direct avec les usagers ainsi que dans la formation continue, tandis que dans la recherche et la politique, les postes ou les demandes sont très rares².

Notre association et ses actions

L'association re-pairs³, créée en 2014 par des personnes ayant participé à la première cohorte de formation, est basée à Lausanne dans le canton de Vaud. Elle regroupe les pairs praticiens formés et se consacre au développement, à la promotion et à l'implantation de la pair-aidance professionnelle en Suisse romande.

Ses membres sont tous bénévoles et l'association ne bénéficie d'aucun financement, si ce ne sont les cotisations de ses membres pairs et non-pairs.

Re-pairs compte à ce jour 24 membres pairs, tous ayant suivi le certificat de formation PPSM ou une formation jugée équivalente.

² Recommandation pratique pour l'engagement des pairs praticiens, février 2022, [re-pairs.ch/8e82a9_10a42c497c6c4956a5c63c3d08eebdbe.pdf](https://www.re-pairs.ch/8e82a9_10a42c497c6c4956a5c63c3d08eebdbe.pdf) (re-pairs.ch).

³ <https://www.re-pairs.ch/>.

Pour les membres non-pairs, les infirmiers, les psychiatres, les psychothérapeutes, les professionnels du monde de la réinsertion et de l'accompagnement professionnel, les proches et même les institutions du réseau peuvent, s'ils le désirent, devenir membres de l'association re-pairs. À l'heure actuelle, l'association compte 8 membres non-pairs, dont 3 du milieu institutionnel : GRAAP, Fondation de l'Orme et Fondation Stanislas.

En Suisse romande, pour les cinq cantons francophones, nous avons recensé à ce jour une quinzaine de pairs, rémunérés majoritairement pour des contrats très souvent temporaires et à faible taux d'occupation (temps partiel).

Ces pairs exercent en milieu hospitalier, dans le monde médicosocial, la recherche/l'enseignement, le domaine associatif ou ont une activité indépendante de pair-aidance.

Aucune mission n'existe ou n'a existé à ce jour dans la sphère politique.

Il est quand même à noter que le canton de Vaud a fait appel, pour le mois de la santé mentale (du 10 septembre au 10 octobre 2022), à re-pairs pour l'organisation de rencontres d'une « bibliothèque vivante »⁴ avec le personnel du bâtiment administratif chargé notamment des questions de santé et d'hébergement des personnes avec des troubles psychiques. De plus, dès 2023, notre association sera intégrée à un groupe de travail pluridisciplinaire sur la question de l'hébergement des jeunes du canton fragiles psychologiquement.

L'association œuvrant pour l'implantation de la fonction de PPSM met à disposition de ses membres de la supervision et de l'intervision⁵, elle répond aux demandes, aux sollicitations d'interventions de professionnels, de proches ou de personnes touchées.

Nous accompagnons les professionnels et le réseau dans leurs projets autour de la pair-aidance, nous intervenons dans différentes activités de formation (Haute école de travail social, formation en pair-aidance et bientôt dans les écoles de soins infirmiers) et nous nous activons sur le plan politique afin de faire avancer la reconnaissance de la fonction de PPSM.

⁴ Personne d'un vaste savoir. (Académie française).

⁵ L'intervision est un dispositif particulier de rencontres entre pairs professionnels afin qu'ils



Crédit photo : Roman Odintsov.

L'association est sollicitée pour différents comités ou groupes de travail autour de la santé mentale, de la dépendance à des substances ou de la pair-aidance. Notons que nous avons intégré depuis 2021 la Fédération d'associations de pairs aidants francophones et que depuis 2017, l'association fait partie du comité de pilotage et pédagogique de la formation des pairs praticiens en Suisse romande.

Situation actuelle : défis et promesses d'avenir

Actuellement, pas moins de 250 personnes sont intéressées à se former à la pair-aidance. Malheureusement, les lieux d'exercice sont peu nombreux. Un travail est actuellement fait pour sensibiliser les gens à cette nouvelle fonction, entre autres grâce à la sortie en février dernier d'une brochure traduite par Caroline Suter pour re-pairs et adaptée de nos collègues suisses allemands (l'association PRIKOP, la fondation suisse Pro Mente Sana, l'association EX-IN, l'association PEER+) : Recommandations pratiques à l'engagement des pairs praticiens.

Grâce aussi à la création du premier centre de compétence de la pair-aidance. Porté par la CORAASP⁶ (Coordination romande des associations d'actions pour la santé psychique) à Lausanne et avec le soutien de re-pairs, ce centre va employer dès novembre deux paires praticiennes à des taux d'occupation entre 20 % et 30 %. Ces deux personnes sont également des membres actives de l'association re-pairs.

Notre association et la CORAASP vont former au total 4 PPSM pour qu'ils soient à même d'utiliser le dispositif d'accompagnement appelé PAT⁷ (Peer and Team Support) développé entre autres par nos

⁶ Coraasp.

⁷ PAT-web.pdf (smes.be).

Crédit photo : Vjapratama.



collègues pairs aidants belges Pierre Faignoy et Stéphane Waha afin de faciliter l'accompagnement des institutions lors de l'implantation de la fonction de PPSM.

Des sollicitations auprès des politiciens du canton de Vaud sont également entreprises afin de les sensibiliser au manque de financement de la formation, aux activités de re-pairs, aux besoins sur le terrain, en somme à la situation de la pair-aidance dans le canton. Nous avons bon espoir de nous faire entendre et surtout de faire entendre la voix des pairs praticiens en Suisse romande.

De meilleurs moyens permettraient de soutenir l'implantation de la pair-aidance professionnelle, au travers des activités de re-pairs et surtout d'implanter durablement la formation de pairs praticiens qui a lieu de manière non linéaire depuis 2017 faute de financement.

L'avenir semble prometteur. En effet, les PPSM travaillant sur le terrain sont à la base de plusieurs projets autour de la création de postes de PPSM. L'association essaye de soutenir au mieux les PPSM de terrain afin de favoriser ces implantations.

Le 18 novembre dernier⁸, nous avons organisé une journée sur la pair-aidance professionnelle qui visait à donner de la visibilité à cette nouvelle fonction, mais aussi à parler des bonnes pratiques autour de cette profession. Cette journée a eu lieu au Centre hospitalier universitaire vaudois. Elle a été soutenue par le canton, mais aussi par plusieurs acteurs du réseau.

Dès 2023, le canton de Vaud soutiendra la pair-aidance professionnelle grâce à un financement accordé à l'association re-pairs qui va nous permettre de financer deux postes de salariés pour des pairs praticiens.

« Cerise sur le gâteau », le canton a aussi pris la décision d'accorder un financement pour le certificat de PPSM. Une cohorte entreprendra sa formation au printemps 2023 après un recrutement des futurs étudiants par la CORAASP et l'association re-pairs.

Enfin, et avant de conclure, notre association est aussi fière de promouvoir les valeurs du rétablissement

qui favorisent un meilleur avenir pour les personnes atteintes, mais aussi l'implantation des pairs praticiens dans les institutions en raison d'une nouvelle collaboration avec la fondation de l'Orme. Nous allons donner conjointement la formation *Le rétablissement en intervention*⁹ qui cible les professionnels de la santé et du secteur social, des proches, des travailleurs pairs et toutes les personnes intéressées.

Pour finir, nous pouvons dire que la Suisse romande – ou plutôt le canton de Vaud – rattrape son retard et que de beaux espoirs sont permis, grâce à la collaboration de nombreux organismes et à l'encouragement financier récemment obtenu.

Nous sommes fiers de ce travail et de l'énergie déployée par les pairs praticiens œuvrant au sein de notre association et de diverses institutions.

Nous sommes heureux de voir les professionnels et politiciens se mobiliser à nos côtés. Comme le dit le proverbe, « Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin ».

La pair-aidance évolue donc favorablement, mais nous ne pouvons que constater l'écart qui ne cesse de se creuser avec les autres cantons romands.

Le défi sera donc de parvenir à pérenniser cette belle énergie en terre vaudoise et à la mobiliser au bénéfice de la pair-aidance dans les autres cantons romands. Il est certain que le récent financement accordé à notre association va permettre de faire avancer la cause de manière plus efficiente. Nous espérons néanmoins pouvoir toujours plus compter sur les réseaux et les institutions, mais également sur les forces politiques.

⁹ Le rétablissement en intervention, formation_continue@lerotillon.ch.

⁸ Favoriser la pair-aidance professionnelle : mise en lumière des différentes pratiques professionnelles et recommandations actuelles, Prilly, Suisse (xing-events.com).

Pairs aidants en santé mentale en Angleterre

Lors du 19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, une journée spéciale a été consacrée à l'embauche des pairs aidants.

Les congressistes ont pu assister, en matinée, à un symposium dédié à l'impressionnante expérience de l'Angleterre pour « faire du rétablissement une réalité » et à la façon dont elle s'y est prise pour embaucher et intégrer massivement des pairs aidants. On compte quatre fois plus de pairs aidants en Angleterre par 100 000 habitants qu'au Québec.

En après-midi, une table ronde était consacrée aux leçons à tirer de l'expérience de l'Angleterre nous permettant de bonifier nos pratiques au Québec. Cette table ronde animée par Pierre Craig réunissait les représentants des trois Instituts universitaires en santé mentale du Québec et celui du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les instigateurs du projet de symposium : Daniel Gélinas et Martin Lepage.

Au début de la pair-aidance au Royaume-Uni, l'ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) a clairement établi les valeurs capables de guider l'évolution de cette pratique. Il a ensuite publié un guide sur les 10 défis organisationnels clés reliés à l'avancée de la pair-aidance. L'approche proposée dans ce guide a permis d'intégrer des pairs aidants dans tous les services de santé mentale, y compris ceux destinés aux jeunes et à l'entourage des personnes destinataires de services, mais aussi plus largement auprès par exemple des aînés et des personnes vivant avec des troubles d'apprentissage.

Cette approche a également conduit à la création des Recovery Colleges ou des collèges du rétablissement. Ceux-ci sont fondés sur une méthode éducative favorisant la rencontre du savoir scientifique, de terrain et expérientiel.

Dans la foulée, agissant à titre d'employeur exemplaire, l'un des établissements a même lancé une campagne contre la stigmatisation, invitant des professionnels à divulguer leurs défis de santé

mentale pour illustrer que le rétablissement est l'affaire de tous : la campagne *Wearing two hats* ou *Porter un double chapeau*.

Les questions abordées lors de la table ronde sont toujours d'actualité aujourd'hui :

- Comment faire du rétablissement une réalité au Québec?
- Quelles sont les mesures à prendre pour augmenter le nombre d'intervenants pairs aidants et faire du nouveau plan d'action en santé mentale un succès?
- La mise en place de collègues du rétablissement peut-elle contribuer à la progression professionnelle de nouveaux intervenants pairs aidants ayant une fonction précise de formateur?
- L'expérience de la maladie et du rétablissement peut-elle devenir un atout pour offrir des services de santé mentale plutôt qu'une tare honteuse qu'il faut cacher pour obtenir un poste au sein du réseau de la santé et des services sociaux?
- Comment créer un titre d'emploi de pair aidant pour enfin traiter les personnes exerçant cette fonction comme tous les autres employés et les intégrer en tant que membre à part entière de l'équipe?
- Quelles seront les mesures à prendre pour faire en sorte que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux deviennent des employeurs exemplaires?

C'est avec plaisir que la revue le *partenaire* publie cette section sur l'expérience de la pair-aidance en Angleterre. On y découvre une aventure où les décisions sont à la fois audacieuses et mûrement réfléchies, où la créativité règne et donne des ailes.

Table ronde de la journée thématique sur l'embauche de pairs aidants dans les services de santé mentale

Allocution de Martin Lepage

19^e Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
13 novembre 2019

Martin Lepage, pair aidant certifié, travailleur social et étudiant au 2^e cycle à l'École nationale d'administration publique (ÉNAP)



À partir de mon expérience personnelle comme pair aidant depuis 2014, j'ai noté deux principaux points qui, je crois, pourraient favoriser l'intégration des pairs aidants.

Les pairs aidants doivent avoir la possibilité, comme leurs collègues, d'assumer des tâches complètes de travail. Pour éviter la confusion et les conflits, il est primordial de disposer d'une description claire des tâches à accomplir [2]. Oui, vous pouvez le croire, il existe des pairs aidants avec l'expérience de la maladie capables de faire toutes les tâches de travail et de jouer beaucoup plus qu'un rôle de soutien.

Point 1

Logiquement, pour intégrer les pairs aidants en tant que membres à part entière de l'équipe, il faudrait les traiter comme tous les autres employés.

Ceci implique notamment de créer un titre d'emploi de pair aidant pour qu'ils soient des employés ayant les mêmes devoirs et responsabilités ainsi que les mêmes avantages et privilèges que leurs collègues. Comme l'expérience de la maladie mentale et du rétablissement est considérée comme un atout pour offrir des services psychiatriques de qualité, le pair aidant devrait être un salarié de l'établissement dans lequel il travaille [1]. Ce n'est pas normal de ne pas avoir droit à des assurances et de ne pas cotiser pour un régime de retraite.

« Ceci implique notamment de créer un titre d'emploi de pair aidant pour qu'ils soient des employés ayant les mêmes devoirs et responsabilités ainsi que les mêmes avantages et privilèges que leurs collègues ».

Les pairs aidants devraient pouvoir postuler à d'autres postes dans l'organisation pour avoir des possibilités d'avancement comme les autres employés [3].

Les pairs aidants devraient être supervisés par un chef de discipline (également pair aidant) au même titre que les autres professions [4]. Actuellement, nous sommes sans protection et livrés à nous-mêmes. On nous demande d'exposer notre vulnérabilité psychiatrique sans nous donner les moyens pour nous protéger.

Point 2

Il faut tendre vers une culture organisationnelle plus axée sur le rétablissement pour améliorer l'efficacité des services.

Il est démontré que cette mesure est possible par l'embauche de pairs aidants, mais aussi par la création d'un climat plus propice qui inciterait les autres employés ayant un trouble de santé mentale à s'ouvrir à ce sujet [5]. Ainsi, les personnes vivant avec un tel problème de santé ne seront pas considérées comme des gens à part. Cette ouverture favorisera également le dépistage et le soutien des employés touchés par les mêmes difficultés. Il ne faut pas oublier qu'une personne sur cinq vivrait avec un problème de santé mentale dans notre société; donc, on peut estimer que c'est la même chose au sein

de nos services. Il importe d'accroître le soutien pour l'ensemble des employés afin de cultiver une atmosphère de travail saine et agréable pour tous. Des mesures préventives d'appui devraient être accessibles à tous sans exception pour améliorer le bien-être au travail [6].

Il est possible d'arrimer l'approche médicale traditionnelle à l'approche du rétablissement [7]. Il s'agit d'être ouvert à l'opinion et à l'expertise de chacun des membres de l'équipe, y compris le pair aidant, ce qui va permettre d'obtenir une meilleure compréhension des situations et donc de proposer des interventions plus adaptées. Le pair aidant est également un intervenant crédible, car il a été démontré que son expérience de la maladie, de la prise de la médication, de l'intégration à la société dans la peau d'une personne ayant un trouble de santé mentale lui permet de mieux comprendre la réalité des autres personnes atteintes [8].

Conclusion

Les pairs aidants sont les seuls à porter ouvertement le poids de la stigmatisation présente à différents degrés en psychiatrie. Il faut éviter l'isolement du pair aidant en obtenant le soutien de tous les autres membres du personnel qui adhèrent aux valeurs du rétablissement, dont ceux qui révèlent eux-mêmes leur propre situation. Vivre avec un trouble de santé mentale est vu comme une tare honteuse partout dans la société et c'est malheureusement la même chose en psychiatrie. On peut le constater par cette loi du silence qui règne au sein même de nos services de santé mentale. Éprouver des difficultés en ce qui concerne notre santé mentale est un défi et nous devrions pouvoir en parler avec fierté dans les corridors des hôpitaux psychiatriques. C'est un changement de paradigme nécessaire à l'avancement des services.

« Il ne faut pas oublier qu'une personne sur cinq vivrait avec un problème de santé mentale dans notre société; donc, on peut estimer que c'est la même chose au sein de nos services. Il importe d'accroître le soutien pour l'ensemble des employés afin de cultiver une atmosphère de travail saine et agréable pour tous ».

Références

1. Gillard, S. et J. Holley. (2014). « Peer Workers in Mental Health Services: Literature Overview », *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 286-292. apt.rcpsych.org/content/20/4/286.abstract.
2. Ibrahim, N. et coll. (2019). « A Systematic Review of Influences on Implementation of Peer Support Work for Adults with Mental Health Problems », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>.
3. Perkins, R. et J. Repper. (2019). « Where is Peer Support Going? », *Mental Health and Social Inclusion*, 23(2), 61-63. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHSI-05-2019-060/full/html>.
4. Repper, J. et coll. (2013). 7. *Briefing Paper – Peer Support Workers: A Practical Guide to Implementation*, Implementing Recovery through Organisational Change Programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, London (UK), 31 p. imroc.org/wp-content/uploads/2016/09/7-Peer-Support-Workers-a-practical-guide-to-implementation.pdf.
5. Repper, J. et coll. (2013). 5. *Briefing Paper – Peer Support Workers: Theory and Practice*, Implementing Recovery through Organisational Change Programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, London (UK), 16 p. imroc.org/wp-content/uploads/2013/06/5ImROC-Peer-Support-Workers-Theory-and-Practice.pdf.
6. Farmer, P. et D. Stevenson. (2017). *Thriving at Work: The Stevenson/Farmer Review of Mental Health and Employers*, Department for Work and Pensions and Department of Health and Social Care, London (UK), 84. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/658145/thriving-at-work-stevenson-farmer-review.pdf.
7. Watson, E. et S. Meddings. (2019). *Peer Support in Mental Health*: Red Globe Press, London (UK), <https://www.macmillanihe.com/page/detail/Peer-Support-in-Mental-Health/?K=9781352005066>.
8. Repper, J. et T. Carter. (2010). *L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires: Recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale*, Together/The University of Nottingham/ National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau, Québec (Canada), Londres (Royaume-Uni). aqrp-sm.org/pairs-aidants-reseau/documentation/documentation-soutien/.



Proposition pour organiser un symposium consacré à l'expérience des intervenants pairs aidants de l'Angleterre au cours de la dernière décennie

19^e colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 13 novembre 2019



Daniel Gélinas, psychoéducateur et travailleur social



Martin Lepage, travailleur social et intervenant pair aidant

Diane Harvey, directrice générale
de l'Association québécoise pour
la réadaptation psychosociale

Sandrine Rousseau, responsable
du programme Pairs Aidants Réseau

Nous soussignés Daniel Gélinas, psychoéducateur et travailleur social (à titre de professionnel de recherche à la retraite), et Martin Lepage, travailleur social (à titre d'intervenant pair aidant au sein d'une équipe de suivi intensif), avons eu l'occasion de faire un voyage d'étude en Angleterre pour rencontrer les 6 et 7 mars 2019 des personnes responsables impliquées dans la formation, l'embauche et la supervision d'intervenants pairs aidants au sein de deux grands établissements publics de santé mentale¹ dont les sièges sociaux sont situés respectivement à Nottingham dans le comté du Nottinghamshire et à Cambridge dans le comté du Cambridgeshire².

Nous avons eu la chance de rencontrer des consultantes associées au groupe ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change) à Nottingham et à Peterborough qui regroupe en son sein les acteurs les plus importants engagés dans la promotion du rétablissement au Royaume-Uni, dont Julie Repper, Jed Boardman, Sharon Gilfoyle, Sara Meddings, Emma Watson, Miles Rinaldi, Rachel Perkins, OBE et Geoff Shepherd pour ne nommer que ceux-là³. C'est à Nottingham au sein du Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust que l'on dispense une formation avancée aux intervenants pairs aidants (ImROC En ligne) et c'est à Peterborough au sein du Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust que le groupe américain Recovery Innovations (sous la direction de Gene Johnson) a été embauché pour former les quatre premières cohortes de pairs aidants à cet endroit au début des années 2010 (Recovery Innovations 2017).

¹ Ces deux établissements publics possèdent une structure administrative similaire à celle des Centres intégrés de santé et de services sociaux que l'on retrouve au Québec dans le sens où cette structure inclut de nombreuses installations de soins et de services au sein d'un territoire donné. Ces deux établissements sont identifiés sous le nom de « trusts », ces derniers étant toutefois spécialisés en santé mentale, Wikipédia En ligne-a.

² Wikipédia En ligne-b, Wikipédia En ligne-c.

³ Voir <https://imroc.org/about-us/our-team/>.

« Le Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust « a commencé son expérience en 2011 avec l'embauche d'un seul pair aidant dans le cadre d'un projet pilote et que huit ans plus tard, en 2019, cet établissement embauche maintenant 65 intervenants pairs aidants (Peer Support Workers) ».

La rencontre du mercredi 6 mars à Nottingham

Lors de cette première rencontre tenue avec Mme Emma Watson, (responsable du développement du soutien par les pairs) et deux autres intervenantes paires aidantes, mesdames Blue Mills et Tessa Rodgers, nous avons appris que leur établissement a commencé son expérience en 2011 avec l'embauche d'un seul pair aidant dans le cadre d'un projet pilote et que huit ans plus tard, en 2019, cet établissement embauche maintenant 65 intervenants pairs aidants (Peer Support Workers), et ce dans une multitude de services, incluant des équipes de santé mentale de première ligne (Primary Care), des services de réadaptation dans la communauté et des services spécialisés destinés notamment aux jeunes (Child and Adolescent), aux mères en difficulté (Perinatal), aux personnes âgées (Older People) et aux personnes ayant des démêlés avec la justice (Forensic). De plus, des intervenants pairs aidants sont pleinement intégrés au sein des Recovery Colleges et même au sein d'unités de soins psychiatriques à l'interne (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust En ligne), de sorte qu'ils ne sont pas confinés à un seul type de service. Enfin, ils ont suivi la règle de toujours intégrer deux intervenants pairs aidants par équipe (sauf exception) pour faciliter leur immersion au sein de leurs équipes et tous ces intervenants bénéficient des mêmes droits et privilèges accordés à tous les employés de leur établissement (trust).



De gauche à droite: Daniel Gélinas, Emma Watson, Marc Hudson, Sharon Gilfoyle, Martin Lepage, Suzan Preston Eyles.

Nos interlocutrices nous ont précisé qu'il fallait compter également une vingtaine d'intervenants pairs aidants œuvrant dans le secteur communautaire de sorte que nous arrivons grosso modo à un total de 85 intervenants pairs aidants. Ainsi, en projetant arbitrairement ce nombre d'intervenants pairs aidants sur la population totale habitant le comté du Nottinghamshire⁴, on obtient (en termes d'ordre de grandeur) un nombre d'au moins 10 pairs aidants par 100 000 habitants, ce qui est considérable par rapport aux ratios qui pourraient être calculés éventuellement sur une base régionale à partir des données disponibles au Québec (Samson 2017).

Ce qui explique cette progression fulgurante d'embauche sur cette période de huit ans (sur le plan local), c'est l'adoption dès 2009 par cet établissement

⁴ Soit une estimation de 826 317 habitants en 2019 (population.city/united-kingdom/nottinghamshire/), bien que certaines installations spécialisées de cet établissement sont situées à l'extérieur des limites territoriales du comté du Nottinghamshire.

d'une première planification stratégique pour transformer et mettre en place des services orientés vers le rétablissement; notamment en offrant de la formation sur le rétablissement aux intervenants, en embauchant leurs premiers pairs aidants, en mettant sur pied un collège du rétablissement (Recovery College) et en proposant des plans personnalisés de rétablissement aux personnes suivies à la fois au sein de leurs services locaux et au sein de leurs services spécialisés de médecine légale (Forensic Services). Leur deuxième planification stratégique qui a suivi entre 2012 et 2016 leur a permis d'étendre les mesures favorisant le rétablissement à l'ensemble de leurs services et de relever d'autres défis, tels que la réduction des pratiques de contrôle et de contention (Restrictive Practice), la promotion d'une vie saine, pleine et satisfaisante qui transcende la maladie (Life Beyond Illness) et le bien-être au travail (Workforce Wellbeing). Et c'est ainsi que cet établissement a adopté sa troisième planification stratégique (2016-2021) visant à consolider la mise en pratique des valeurs et des principes du rétablissement à tous les niveaux de

« Le Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016 a fait « en sorte que l'application des valeurs et des principes du rétablissement soit l'affaire de tous et pas seulement des intervenants pairs aidants ».

l'organisation de façon à en changer sa culture et à faire en sorte que toutes les interactions entre tous les acteurs touchés (personnes suivies, membres des familles, intervenants et partenaires au sein de la communauté) soient axées sur le rétablissement, tel que cela est exprimé éloquemment par son titre Changing the Conversation (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016).

Autrement dit, en mettant l'accent sur les aspirations, les forces des personnes suivies, l'accès à des ressources sociales et matérielles pour s'épanouir, une approche éducative permettant à la personne suivie de faire des choix, ils ont valorisé l'apport et l'expertise de l'expérience vécue (de tous les intervenants) pour permettre à tous d'intervenir dans une perspective axée sur le rétablissement. Et c'est dans cette optique que cet établissement a proposé des mesures concrètes (détaillées dans sa dernière planification stratégique) pour accroître l'expertise de l'expérience vécue au sein des ressources humaines en employant des pairs qualifiés dans divers rôles dans chaque équipe; et en offrant une formation au personnel professionnel afin d'intégrer leur propre expérience de vie dans leur pratique (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016).

Bref, de faire en sorte que l'application des valeurs et des principes du rétablissement soit l'affaire de tous et pas seulement des intervenants pairs aidants.

La rencontre du jeudi 7 mars à Peterborough

La seconde rencontre tenue le lendemain avec Mme Sharon Gylfoyle (gestionnaire responsable du rétablissement et de la résilience) au sein du Cambridge and Peterborough Mental Health Foundation NHS Trust à Peterborough nous a permis de constater l'impact de cette orientation qui fait en sorte que le rétablissement est l'affaire de tous. Ainsi, nous avons d'abord pris connaissance de la campagne menée par cet établissement depuis 2015, identifié sous le thème Wearing2Hats- Showing Pride in our Lived Experience. Cette campagne de lutte contre la stigmatisation a permis à des infirmiers, à des infirmières et à des travailleuses sociales de cet établissement de divulguer qu'ils avaient à composer avec des problèmes de santé mentale et qu'ils avaient une expérience vécue du rétablissement, appuyant ainsi résolument les intervenants pairs aidants ayant fait de même pour accomplir leur tâche spécifique. Ce faisant, de plus en plus de membres du personnel sont à l'aise pour parler de leurs propres expériences et souhaitent aider l'organisation à devenir un employeur exemplaire qui valorise réellement la riche expérience vécue par l'ensemble de son personnel (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust 2016a).

Wearing2Hats – Showing Pride in our Lived Experience.

« Cette campagne de lutte contre la stigmatisation a permis à des infirmiers, à des infirmières et à des travailleuses sociales de cet établissement de divulguer qu'ils avaient à composer avec des problèmes de santé mentale et qu'ils avaient une expérience vécue du rétablissement, appuyant ainsi résolument les intervenants pairs aidants ayant fait de même pour accomplir leur tâche spécifique ».

Et cela aide autant les membres du personnel éprouvant des problèmes de santé mentale que les patients qui reçoivent des soins et des services, comme en témoigne un cadre supérieur de cet établissement, Adian Thomas (Chief Executive). C'est ainsi qu'à titre d'infirmière, de travailleuse sociale et de gestionnaire travaillant en milieu psychiatrique depuis plus de trente ans, Sharon Gylfoyle témoigne à partir de sa propre expérience de la maladie et du rétablissement, en compagnie de ses collègues professionnels et pairs aidants, de la portée et de la signification de cette campagne dans deux capsules qu'il faut absolument visionner sur YouTube pour sentir l'impact de cette campagne⁵.

Par la suite, nous avons eu l'occasion de vivre une expérience d'immersion au sein de l'un des deux collèges du rétablissement (Recovery Colleges) qu'elle a mis en place et dont les caractéristiques et les modalités d'opération sont bien connues au Québec (CÉRRIS En ligne)⁶. Point très important à souligner, cette structure innovante d'action éducative⁷ est fondée sur le principe de la coproduction et de la coanimation fournies par des intervenants professionnels et pairs aidants, de sorte qu'elle est devenue au fil du temps un véhicule important de sensibilisation, de formation et d'intégration d'intervenants pairs aidants (Perkins et coll. 2018); un pair aidant de cet établissement nous a confié lors de notre visite qu'il a d'abord suivi des cours au sein de ce collège pour ensuite animer des sessions et finalement s'inscrire à la formation de pair aidant dans l'espoir de décrocher un emploi prochainement.

⁵ I Wear Two Hats – Introduction <https://www.youtube.com/watch?v=qHhs8sArT0k&index=89&list=UUAEOXcLC4dKkapwqEKVavg> et « I am » Wearing Two Hats <https://www.youtube.com/watch?v=f9SkSe4V0CU&index=88&list=UUAEOXcLC4dKkapwqEKVavg>.

⁶ Voir South West London Recovery College, <https://www.youtube.com/watch?v=VSOeQbkMVqc>.

⁷ Sur des sujets variés, tels que la résilience par exemple, qui était le sujet traité lors de notre immersion du jeudi 7 mars 2019 à Peterborough. Voir la vidéo How to Be More Resilient <https://www.youtube.com/watch?v=EuMfe2ZtJA4&feature=youtu.be> qui était présentée.

« Cette structure innovante d'action éducative (Recovery College) est fondée sur le principe de la coproduction et de la coanimation fournies par des intervenants professionnels et pairs aidants, de sorte qu'elle est devenue au fil du temps un véhicule important de sensibilisation, de formation et d'intégration d'intervenants pairs aidants (Perkins et coll. 2018) ».

Et c'est ainsi que nous avons constaté sur place tout le progrès accompli par cet établissement (qui fut l'un des premiers) durant la dernière décennie pour mettre en place un programme de formation (inspiré du groupe américain Recovery Innovations) et d'embauche d'intervenants pairs aidants ayant les mêmes droits et privilèges que les autres employés du trust comme à Nottingham (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust En ligne); la dernière planification stratégique de cet établissement prévoyant notamment l'accès pour eux à d'autres postes lorsqu'ils deviennent vacants à titre d'employeur exemplaire (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust 2016b); de sorte qu'en juin 2018, par exemple, il y avait une soixantaine d'employés au sein de leur établissement (trust) ayant suivi la formation et que plusieurs d'entre eux avaient obtenu des promotions par la suite, de sorte qu'il y avait à ce moment-là 36 intervenants pairs aidants œuvrant comme tels dans cette fonction spécifique (Gilfoyle et Bartlett 2018).

Une étude déposée sur leur site révèle que « parmi les 4 000 membres du personnel de cet établissement, seulement 41 sont employés à titre d'intervenants

pairs aidants⁸, cela équivalant à 1 % de l'effectif total » (p. 12) (McCorriston et Stevenson 2018). Toutefois, il faut savoir que pour atteindre cette parité, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, par exemple, qui compte 2 111 employés, devrait embaucher au moins 21 intervenants pairs aidants pour atteindre le même degré d'excellence que le Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust⁹, d'où l'importance à ce moment-ci de faire connaître au Québec l'expérience acquise par les praticiens de l'Angleterre au cours de la dernière décennie qui s'achève.

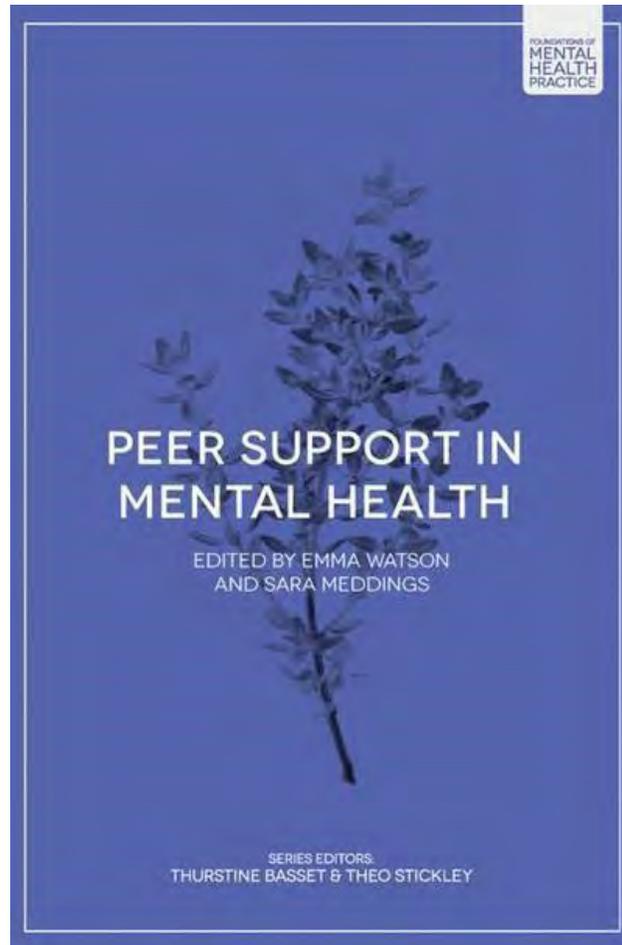
Pour faire du rétablissement une réalité...

Tel était le mot d'ordre donné par les auteurs britanniques en 2008 lors de la mise sur pied l'année suivante du groupe ImROC – Implementing Recovery through Organisational Change¹⁰ dont le nom se réfère clairement à sa mission, soit l'implantation du rétablissement qui passe par un changement organisationnel. Les deux premières brochures éditées par ce groupe ont d'ailleurs été traduites au Québec en 2012 (Shepherd et coll. 2012a; Shepherd et coll. 2012b) et avec le recul et à la suite de notre visite de deux de leurs sites de démonstration, il

⁸ Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal emploie 14 125 personnes (11 768 ETP), soit 24,9 % de l'ensemble de l'effectif des CIUSSS de Montréal, alors que l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal emploie 2 111 personnes, soit 14,4 % de l'effectif total du CIUSSS (CIUSSS-EstMtl En ligne).

⁹ Alors que la projection des 65 intervenants pairs aidants sur les 7 780 personnes (ETP) employées par le Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust donne un ratio de 0,84 %. (Wikipédia En ligne-b).

¹⁰ Créé à l'origine au nom de leur ministère de la Santé pour défendre sa politique « Soutenir le rétablissement », grâce à une collaboration entre le Centre for Mental Health et le NHS Confederation's Mental Health Network, il est désormais hébergé par le Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust. Ce nouveau partenariat novateur leur permet de consolider leurs relations de travail étroites avec les prestataires de soins de première ligne, en veillant à ce que leur travail reste pertinent et utile pour les praticiens, les gestionnaires, les responsables des systèmes, les communautés locales et, en définitive, pour les personnes ayant accès aux services. Voir <https://imroc.org/about-us/>.



est remarquable de constater que les artisans du rétablissement en Angleterre ont effectivement mis le cap sur ce qui était énoncé à ce moment-là. En effet, ces auteurs en s'inspirant de l'expérience américaine de Recovery Innovations formulaient :

l'engagement à pleinement intégrer des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la gestion de l'organisation à tous les niveaux et dans toutes les fonctions... à prendre un virage vers un modèle éducationnel plutôt que thérapeutique... et à s'assurer de la mise en place d'un système systématique de soutien pour les pairs professionnels qui sont embauchés dans des postes de prestation de services (p. 17-18) (Shepherd et coll. 2012b).

Dans cette optique, ces auteurs proposaient non seulement de former des intervenants pairs aidants, mais également d'offrir à toutes les personnes suivies des ateliers de formation axés sur le rétablissement, d'où l'importance de la mise en place de collèges du rétablissement (Recovery Colleges); nos rencontres à Nottingham et à Peterborough s'étant par ailleurs déroulées au cœur de ces collèges qui abritent également les responsables de la supervision d'une masse critique d'intervenants pairs aidants au sein de leurs établissements!

Mais surtout de situer l'embauche des intervenants pairs aidants au sein d'une démarche globale de transformation pour relever dix grands défis sur le plan organisationnel au sein de nos établissements...

Encadré 1 : Dix grands défis organisationnels

- 1) Modifier la nature des interactions quotidiennes et la qualité de l'expérience
- 2) Offrir des programmes complets d'éducation et de formation animés par des usagers
- 3) Établir un centre d'éducation sur le rétablissement pour faire avancer les programmes
- 4) Veiller à un engagement organisationnel et valoriser le leadership pour créer une nouvelle culture
- 5) Accroître la personnalisation et le choix
- 6) Changer la manière dont nous abordons l'évaluation et la gestion du risque
- 7) Redéfinir la participation de l'usager
- 8) Transformer l'effectif
- 9) Appuyer le personnel dans son cheminement vers le rétablissement
- 10) Accroître les possibilités de se bâtir une vie au-delà de la maladie (Shepherd et coll. 2012a).

Et c'est dans ce contexte que nous avons pris connaissance de la dernière planification stratégique (2016-2021) du Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust que nous avons évoquée précédemment (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016). Or, cet énoncé administratif sur le plan local s'appuyait sur un énoncé de politique de santé à l'échelle nationale (un plan d'action en quelque sorte) formulé par un groupe de travail indépendant au sein du NHS England¹¹, soit le Five Year Forward View for Mental Health for the NHS in England, dont le rapport final publié en 2016

¹¹ NHS England est un organisme influent au sein du ministère de la Santé qui établit des priorités pour le système national de santé (NHS – National Health System) et qui encourage et éclaire le débat national pour améliorer la santé et les soins en Angleterre. Voir <https://www.england.nhs.uk/about/about-nhs-england/>.



recommandait une « expansion du soutien par les pairs » (Farmer et Dyer 2016). Plus spécifiquement, ce groupe de travail affirmait en 2015 que

[le] développement d'une force de travail rémunérée en soutien par les pairs (personnes ayant une expérience vécue) bénéficie d'un soutien considérable... Un état d'esprit de rétablissement et un accent mis sur la valeur de l'expérience vécue et du soutien par les pairs sont essentiels. (p. 12) (Farmer et Dyer 2015).

C'est dans ce contexte de la reconnaissance accrue de l'apport des intervenants pairs aidants au sein de l'effectif requis pour dispenser des soins et des services de santé mentale dans le futur que des instances nationales de gestion au sein de leur système public de santé, tel que le Mental Health Network NHS Confederation¹², discutent des défis à relever pour l'avenir et prennent note de leur croissance continue depuis 2010. (Durcan et coll. 2017).

Inviter des praticiennes engagées qui pourraient en témoigner

Ainsi, lors de notre voyage en Angleterre, nous avons identifié deux praticiennes ayant l'expertise et l'expérience vécue du rétablissement et qui pourraient inspirer nos décideurs et les membres de nos différentes communautés de pratique à prendre des mesures pour aller plus loin dans notre démarche d'intégration des intervenants pairs aidants au Québec; il s'agit de mesdames Emma Watson et Sharon Gilfoyle¹³.

Emma Watson

Emma est responsable du développement du soutien par les pairs au sein du Nottingham Healthcare NHS Foundation Trust. Elle travaille avec le personnel des équipes et auprès des intervenants pairs aidants et des utilisateurs de services pour partager des idées sur le travail des pairs aidants et pour continuer à intégrer

cette approche au sein de son établissement. Avant cela, Emma a travaillé comme intervenante paire aidante pendant quatre ans. En 2013, elle a également rejoint l'Institute of Mental Health en tant que formatrice indépendante pour la mise en place de services de soutien par les pairs. Dans ces rôles, Emma a coproduit et coanimé des activités de formation pour le personnel et les pairs, et donné de la supervision et du soutien aux étudiants et aux pairs aidants. Le rétablissement signifie énormément pour Emma, tel que la découverte de l'espoir, la reprise en main et la reconnaissance des occasions de croissance qui ont transformé son parcours personnel. Emma utilise son expérience vécue pour transmettre son approche du soutien par les pairs. Elle a à la fois une compréhension vécue et une compréhension universitaire du concept, ayant terminé une maîtrise en rétablissement et en inclusion sociale en 2014.

Elle entreprend actuellement un doctorat afin de mieux comprendre les concepts d'expérience vécue, de divulgation et de soutien par les pairs. Ses pratiques de travail et ses occasions d'étudier et de publier des articles ont permis à Emma de développer une compréhension théorique et organisationnelle du rétablissement et du soutien par les pairs, parallèlement à la signification personnelle que tout cela a pour elle-même.

Ainsi, elle a publié de nombreux articles de témoignages et de faits vécus dans sa pratique à titre d'intervenante paire aidante dans la revue scientifique *Mental Health and Social Inclusion*; de plus, elle a publié en 2017 un article scientifique d'une qualité remarquable et dont la référence est

Watson, E. (2017). « The Mechanisms Underpinning Peer Support: A Literature Review », *Journal of Mental Health*. (Online First). 1-12.

Enfin, elle vient tout juste de publier en janvier 2019 une monographie de 166 pages éditée avec Mme Sara Meddings sous le titre *Peer Support in*

¹² Voir le site <https://www.nhsconfed.org/networks/mental-health-network> pour en situer la portée sur le plan national.

¹³ Dont nous reproduisons ici leur présentation sur le site Web de ImROC. <https://imroc.org/about-us/our-team/>.

Sharon Gilfoyle

La carrière de Sharon en santé mentale a débuté il y a plus de 28 ans, d'abord en tant qu'assistante-infirmière et assistante en santé mentale, puis en

tant que travailleuse sociale. Elle est également enseignante qualifiée et a terminé une formation en enseignement pour adultes.

Sharon a passé de nombreuses années à créer et à offrir une formation de sensibilisation à la santé mentale, des approches de rétablissement et des groupes d'entraide. Elle s'intéresse vivement aux approches complémentaires et créatives en matière de santé mentale.

Au cours de sa carrière, Sharon a également connu ses propres problèmes psychiatriques et a utilisé son expérience pour aider d'autres personnes dans leur processus de rétablissement. Sharon collabore avec ImROC depuis le début de sa mise sur pied et elle occupe actuellement le poste de responsable du rétablissement pour

¹⁴ Voir la table des matières et un extrait de cet ouvrage dans E. Watson et S. Meddings. (2019). « Introduction ». Dans E. Watson et S. Meddings (édit.), *Peer Support in Mental Health* (1-5), London, MacMillan International Higher Education – Red Globe Press, ISBN-10: 1352005069 – ISBN-13: 978-1352005066. Consulté le 22 mars 2019 depuis <https://www.macmillanihe.com/page/detail/Peer-Support-in-Mental-Health/?K=9781352005066> et https://www.macmillanihe.com/resources/sample-chapters/9781352005066_sample.pdf.



« il faut créer un milieu de travail où l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement ne serait plus envisagée comme une tare honteuse qu'il faut cacher, mais comme un atout pour travailler en santé mentale ».

le Cambridge and Peterborough Mental Health Foundation NHS Trust.

En 2009, elle a travaillé en étroite collaboration avec Recovery Innovations (États-Unis) à l'élaboration de la formation (Trust's Peer Employment Training) et à l'introduction des intervenants pairs aidants au sein de son établissement. Elle a ensuite dirigé la croissance fructueuse de deux collèges du rétablissement, le Recovery College East. On lui a récemment demandé de diriger une nouvelle initiative visant à créer une équipe de coaching du rétablissement à l'échelle du comté du Cambridgeshire.

Elle a collaboré à titre de coauteure aux deux monographies éditées par le groupe ImROC consacrées spécifiquement au soutien par les pairs et aux défis d'intégration des intervenants pairs aidants et dont les références sont les suivantes :

Repper, J., B. Aldridge, S. Gilfoyle, S. Gillard, R. Perkins et J. Rennison. (2013). 5. Briefing Paper – Peer Support Workers: Theory and Practice, London, Implementing Recovery through Organisational Change Programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, 16 pages.

Repper, J., B. Aldridge, S. Gilfoyle, S. Gillard, R. Perkins et J. Rennison. (2013). 7. Briefing Paper – Peer Support Workers: A Practical Guide to Implementation, London, Implementing Recovery through Organisational Change Programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, 32 pages.

Enfin, elle a édité avec Mark Hodge un recueil de témoignages révélant des parcours de plusieurs personnes vers le rétablissement et dont la référence est

Gilfoyle, S. et M. Hodge (édit.). (2018). Road to Recovery – Our Stories of Hope, Cambridge, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 44 pages.

Pour conclure...

Il serait tout à fait approprié et réaliste de proposer au ministère de la Santé et des Services sociaux de se donner comme cible d'embaucher d'ici 2022 un nombre d'intervenants pairs aidants équivalant à 1 % de l'ensemble des employés (ETP) qui fournissent des soins et des services de santé mentale au Québec pour rejoindre le degré d'excellence des établissements de l'Angleterre ayant fait la démonstration éloquent qu'il est possible de Faire du rétablissement une réalité. À l'échelle, par exemple, des trois centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux disposant de l'expertise d'instituts universitaires en santé mentale en leur sein, cela pourrait se traduire par la création supplémentaire d'un nombre considérable de nouveaux postes d'intervenants pairs aidants, autant au sein des installations intégrées du secteur public¹⁵ qu'au sein des organismes communautaires ayant tissé des liens de partenariat avec ces établissements pour offrir des services de santé mentale.

Ceci à la condition sine qua non d'intégrer des intervenants pairs aidants dans tous les types de services de santé mentale sans exception, des unités de soins psychiatriques en milieu médicolégal jusqu'aux services de première ligne, des services de réadaptation à l'emploi et à l'hébergement jusqu'aux services de soutien pour les familles, de l'urgence psychiatrique au centre de crise dans la communauté, et ce tout en faisant en sorte que 100 % de toutes les équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable intègrent au moins deux

¹⁵ Ces établissements regroupent non seulement des instituts universitaires en santé mentale, mais également d'autres installations offrant des soins et des services de santé mentale, telles que des unités de soins psychiatriques au sein de centres hospitaliers universitaires ou des services de première ligne au sein des CLSC, par exemple.

intervenants pairs aidants par équipe¹⁶, tel que cela a été constaté à Nottingham au sein de leurs équipes de réadaptation psychiatrique.

¹⁶ Bien que les standards nord-américains des équipes PACT prévoient l'embauche d'au moins un (at least one) intervenant pair aidant (équivalent temps plein) selon l'expression consacrée, cela ne veut pas dire pour autant qu'il ne doit pas y avoir d'autres intervenants professionnels ayant l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement au sein de l'équipe. Au contraire, une instance du gouvernement fédéral américain précise « In addition to hiring consumers to fill peer specialist positions, we also suggest that consumers fill any position on the team for which they are qualified with accommodations, consistent with the Americans with Disabilities Act, if needed » (p. 13) (SAMHSA 2008). Or, les personnes ayant assisté à la mise en place des équipes de suivi intensif et du programme Pairs Aidants Réseau au Québec durant les années 2000 se rappellent de la contribution de feu Roger Pelletier et du fait que l'équipe de l'Hôpital Robert-Giffard à Québec a même réussi à intégrer en son sein le premier travailleur pair aidant qui avait travaillé également à titre d'agent d'intégration socioprofessionnelle (Gélinas 2009). Dans cette optique, il serait tout à fait plausible et pertinent de faire la promotion non seulement de combler tous les postes d'intervenants pairs aidants prévus selon les normes, mais également d'encourager l'embauche de professionnels ayant réussi avec succès une formation de soutien par les pairs, ayant au préalable divulgué qu'ils avaient fait l'expérience de la maladie et du rétablissement pour être en mesure de se qualifier pour suivre ce type de formation. Ainsi, il serait tout à fait réaliste d'envisager que des employeurs affichent des postes fusionnés de professionnels (infirmières, psychoéducatrices, travailleurs sociaux ou ergothérapeutes, par exemple) et d'intervenants pairs aidants certifiés pour consolider l'approche du rétablissement au sein de ces équipes.

Or, pour atteindre un tel résultat, il faut absolument adopter la stratégie déployée par les praticiens anglais, soit de changer la culture de nos services de santé mentale pour faire en sorte que le rétablissement soit l'affaire de tous. Cela implique à l'échelle locale d'adopter des stratégies de planification de changement organisationnel en poursuivant des objectifs précis de transformation pour faire en sorte que toutes les interactions entre les acteurs touchés soient orientées par les valeurs et les principes du rétablissement. Un des véhicules privilégiés par ces praticiens a été la mise en place des collèges du rétablissement (Recovery Colleges) qui permettent non seulement de véhiculer de nouvelles approches éducatives qui alimentent le déploiement et la dissémination de cette nouvelle culture, mais également d'intégrer des intervenants pairs aidants appelés à assumer une codirection et une coanimation au sein de ce véhicule de formation.

Enfin, il faut créer un milieu de travail où l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement ne serait plus envisagée comme une tare honteuse qu'il faut cacher, mais comme un atout pour travailler en santé mentale. Pour accroître significativement le nombre d'intervenants pairs aidants au Québec, il est absolument essentiel qu'ils ne soient pas les seuls à porter le rétablissement sur leurs épaules. Telle est la signification véritable de l'employeur exemplaire que nous avons constatée à Peterborough et qui repousse de facto la stigmatisation (en protégeant la divulgation volontaire) en envoyant le message positif à tous les autres employeurs des secteurs public et privé que le rétablissement est possible. En dernière analyse, il s'agit d'une question de santé publique et de progrès social (Gélinas 2014).

Symposium consacré à l'expérience des intervenants pairs aidants en Angleterre

19^e COLLOQUE DE L'AQRP

et 11^e CONGRÈS D'INTERVOICE

www.aqrp-sm.org



Mercredi 13 novembre, 8h30
Hôtel Bonaventure, Montréal

Et c'est pourquoi il serait pertinent d'inviter mesdames Emma Watson et Sharon Gilfoyle à notre prochain colloque pour témoigner de leur expérience à titre de praticiennes et de gestionnaires pleinement engagées dans cette transformation nécessaire. À l'évidence, des frais de traduction simultanée, des frais de transport aérien, d'hébergement et de repas seraient requis, de même que probablement des honoraires, car ces consultantes sont partie prenante d'un groupe ayant une expertise de pointe reconnue sur le plan international. De notre côté, nous serions disposés à faciliter la communication avec elles, à assumer la coanimation de ce symposium et à participer au processus de traduction de leurs présentations PowerPoint.

Pour nous, il est clair que cette proposition rencontre les thèmes généraux qui seront abordés lors du prochain colloque, tel que cela est décrit dans l'appel de candidatures de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale; et nous pensons qu'il y aurait suffisamment de matière pour proposer un évènement spécial (qui devrait prévoir le temps équivalent à deux ateliers au minimum), compte tenu des coûts importants associés à cet exercice.

Ce qui est clair pour nous à notre retour de voyage, c'est que cet évènement pourrait avoir un effet considérable sur la démarche des intervenants pairs aidants au Québec, démarche entreprise il y a plus de 13 ans cette année et qui aurait besoin d'un souffle nouveau à notre avis pour aller plus loin. Dans cette optique, nous pensons qu'il y aurait des circonstances favorables pour s'inspirer de l'expérience de l'Angleterre pour relever le défi des années 20, soit de « faire du rétablissement une réalité ».

Références

Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (2016a). *Wearing2Hats _ Showing Pride in our Lived Experience*, Cambridge, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 23 pages.

Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (2016b). *Building Recovery and Resilience – Supporting Self-Management and Wellbeing – A Strategy for the Next Five Years to 2020*, Cambridge, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 18 pages.

Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (En ligne). *What is Recovery?* [www.cpfth.nhs.uk/patients/peer-support.htm] (Consulté le 22 mars 2019).

CÉRRIS. (En ligne). *Recovery College*, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale [<https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/recovery-college/>] (Consulté le 22 avril 2022).

CIUSS-EstMtl. (En ligne). *Portrait des ressources humaines*, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal [<https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/portrait/portrait-des-ressources-humaines/>] (Consulté le 26 mars 2019).

Durcan, G. et coll. (2017). *The Future of the Mental Health Workforce*, London, Centre for Mental Health and Mental Health Network NHS Confederation, 48 pages.

Farmer, P. et J. Dyer. (2015). *The Five Year Forward View Mental Health Taskforce: Public Engagement Findings*, Wakefield, NHS England, 46 pages.

Farmer, P. et J. Dyer. (2016). *Five Year Forward View for mental Health for the NHS in England*, Wakefield, NHS England, 82 pages.

Gélinas, D. (2009). « Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec », *le partenaire*, 18(3), 4-43.

Gélinas, D. (2014). « Pour faire avancer les choses maintenant », *le partenaire*, 23(2), 31-35.

Gilfoyle, S. et T. Bartlett. (2018). « Keeping the Recovery Plates Spinning in CPFT », *ImROC Peer Worker Critical Debate* (36-43), Maidstone, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust.

ImROC. (En ligne). *Develop, Embed and Sustain your Peer Workforce*, Implementing Recovery through Organisational Change [<https://imroc.org/imroc-peerworkforce/>] (Consulté le 22 mars 2019).

McCorrison, E. et N. Stevenson. (2018). *SROI Evaluative Analysis: Recovery College East Peer Education Programme (PEP)*, Cambridge, Anglia Ruskin University, 94 pages.

Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust. (2016). *Changing the Conversation – Recovery Strategy 2016-2021*, Nottingham, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, 31 pages.

Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust. (En ligne). *Peer Support*, [<https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/peer-support>] (Consulté le 22 mars 2019).

Perkins, R. et coll. (2018). 15. *Recovery Colleges – 10 Years On*, Nottingham, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), Centre for Mental Health and Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, 36 pages.

Recovery Innovations. (2017). *RI International Peer Employment Training*, Pheonix, RI International (formerly Recovery Innovations), 5 pages.

SAMHSA. (2008). *Building your Program (Evidence-based Practices: Shaping Mental Health Services toward Recovery, Assertive Community Treatment Toolkit)*, Washington, US Department of Health and Human Services and Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 69 pages.

Samson, E. (2017). « Bilan de la situation du programme Pairs Aidants Réseau – Étude auprès des personnes formées, des pairs aidants et des milieux d'embauche », *le partenaire*, 25(3), 34-35.

Shepherd, G., J. Boardman et M. Burns. (2012a). *Mise en pratique du rétablissement : Une méthodologie en vue d'un changement organisationnel (édition québécoise)*, Londres, Sainsbury Centre for Mental Health, 34 pages.

Shepherd, G., J. Boardman et M. Slade. (2012b). *Faire du rétablissement une réalité (édition québécoise)*, Londres, Sainsbury Centre for Mental Health, 24 pages.

Wikipédia. (En ligne-a). *NHS trust* [https://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health_trust] (Consulté le 22 mars 2019).

Wikipédia. (En ligne-b). *Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust*, depuis [https://en.wikipedia.org/wiki/Nottinghamshire_Healthcare_NHS_Foundation_Trust] (Consulté le 22 mars 2019).

Wikipédia. (En ligne-c). *Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust*, [https://en.wikipedia.org/wiki/Cambridgeshire_and_Peterborough_NHS_Foundation_Trust] (Consulté le 22 mars 2019).

Symposium consacré à l'expérience des intervenants pairs aidants de l'Angleterre au cours de la dernière décennie

19^e Colloque de l'Association québécoise de réadaptation psychosociale

Au cours des années 2010, des établissements publics d'Angleterre offrant des services de santé mentale ont été désignés par le ministère de la Santé comme des sites de démonstration pour procéder aux changements nécessaires pour « faire du rétablissement une réalité ». Le Nottinghamshire Healthcare National Health Service Foundation Trust à Nottingham et le Cambridgeshire and Peterborough National Health Service Foundation Trust (CPFT) à Peterborough font partie des établissements choisis.

Ces organismes ont adopté une planification stratégique capable de transformer en profondeur leur culture organisationnelle. Ils ont pu ainsi procéder à l'embauche massive d'intervenants pairs aidants au sein de tous les services de soins et de réadaptation psychiatrique sans exception et mettre en place des collègues du rétablissement fondés sur une approche éducative favorisant la rencontre du savoir scientifique, de terrain et expérientiel.

Agissant à titre d'employeur exemplaire, l'un d'eux – le CPFT – a même lancé une campagne contre la stigmatisation, invitant des professionnels à divulguer leurs défis de santé mentale pour illustrer que le rétablissement est l'affaire de tous



Conférence de Emma Watson en version intégrale

<https://youtu.be/vWRjZ0jNfM>

PDF de présentation : <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2023/03/presentation-emmawatson-nhs-19ecolloque-aqrp.pdf>

Emma Watson, responsable du développement du soutien par les pairs, Nottinghamshire Healthcare National Health Service Foundation Trust, Nottingham

Conférence de Sharon Gilfoyle et de Suzan Preston-Eyles en version intégrale

<https://youtu.be/jhhyDnyXHdQ>

PDF de présentation : <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2023/03/presentation-sharongilfoyle-nhs-19ecolloque-aqrp.pdf>

Sharon Gilfoyle, gestionnaire responsable du rétablissement, de la résilience et du programme pour l'égalité, la diversité et l'inclusion, Cambridgeshire and Peterborough National Health Service Foundation Trust, Peterborough

Suzan Preston-Eyles, conseillère et psychothérapeute actuellement des services de thérapie cognitivocomportementale, Cambridgeshire and Peterborough National Health Service Foundation Trust, Peterborough

Conférence de Emma Watson

Les gens se rétablissent dans leur communauté, pas dans les services

Emma Watson, responsable de l'essor de la profession de pair aidant au sein du Nottingham Healthcare National Health Service Foundation Trust



Traduit par François Paré, AQRP

Parcours de vie

En 2010, j'habitais à Nottingham et je vivais avec plusieurs problèmes de santé mentale. Ma vie n'était pas facile à ce moment-là; je ne savais plus qui j'étais. J'ai perdu bien des connaissances et des amis pendant cette période et j'étais très isolée. Les services de santé mentale ne m'ont pas vraiment aidée; ils faisaient en sorte que je me sentais encore plus seule. Ils me disaient que j'avais échoué parce que je ne pouvais pas me rétablir. J'étais mal dans ma peau et personne autour de moi ne savait vraiment ce que je vivais.

Un jour, alors que je me cherchais du travail, je regardais les annonces et j'ai vu un emploi de pair aidant. Tout d'un coup, j'ai réalisé que c'était

exactement ce dont j'avais besoin. J'ai posé ma candidature et j'ai eu l'emploi. Mon travail de paire aidante m'a permis d'avoir le sentiment que j'avais de la valeur et j'ai commencé à avoir confiance en moi. Le message de la pair-aidance est que notre expérience est notre force. Donc, mon vécu que je haïssais et que je voulais oublier avait maintenant une valeur! Ça a changé ma vie.

J'ai ensuite travaillé comme formatrice de pairs pour l'Institute of Mental Health en Angleterre. J'ai donc eu la possibilité de me déplacer dans tout le pays. Ça a été une expérience merveilleuse, en raison de ce j'ai appris sur le mouvement des entendeurs de voix et les constructions sociales relatives aux troubles de santé mentale. J'ai lu plusieurs histoires sur le rétablissement et ça m'a permis de voir

diverses interprétations au sujet de ce concept. J'ai travaillé comme paire aidante dans un service des premiers épisodes psychotiques, dans des cliniques de santé mentale dans la communauté, en santé mentale des adultes, puis je suis devenue chargée de perfectionnement des pairs, poste dans lequel je travaille encore aujourd'hui. Je suis aussi retournée sur les bancs de l'école pour terminer une maîtrise en rétablissement.

En ce moment, je travaille également à mon doctorat. Je m'intéresse à la perception de la pair-aidance dans le National Health Service, comment la notion de pouvoir se présente dans les services de santé mentale et comment les pairs aidants utilisent ce pouvoir. J'étudie aussi ce que signifie « être pair aidant ».

Je vous présente ma vision de la pair-aidance, puis vous montre comment les pairs travaillent à Nottingham et certains des défis que nous avons relevés. Je pense que tous les pairs et les professionnels qui les entourent savent que l'intégration des pairs aidants dans un service n'est pas toujours facile à réaliser.

Définition de la pair-aidance

Pour définir ce qu'est la pair-aidance, je me suis inspirée du mouvement du soutien intentionnel par les pairs aux États-Unis. Shery Mead et Beth Filson disent que la pair-aidance, c'est apprendre sur les gens, pas de résoudre leurs problèmes. Souvent, dans les services de santé mentale, j'ai l'impression que la mentalité est d'essayer rapidement de « régler un problème », alors qu'il est préférable d'explorer le vécu de la personne.

Dans le mouvement du soutien intentionnel, on se concentre sur la relation plutôt que sur l'individu, sur l'idée que « je partage avec la personne qui reçoit les services autant de moi-même que celle-ci partage avec moi d'elle-même ». On préfère nourrir l'espoir plutôt que la peur. Je crois que c'est vraiment important de le souligner, car souvent, dans les services de santé mentale, les personnes ont peur d'avoir des conversations difficiles. Elles se concentrent beaucoup sur le risque ou l'évaluation du risque. Mieux vaut aborder ces sujets sombres avec les gens.

Par ailleurs, tout au début de la pair-aidance au Royaume-Uni, l'ImROC (Implementing Recovery through Organizational Change) a établi les valeurs

« Dans le mouvement du soutien intentionnel, on se concentre sur la relation plutôt que sur l'individu, sur l'idée que « je partage avec la personne qui reçoit les services autant de moi-même que celle-ci partage avec moi d'elle-même ». On préfère nourrir l'espoir plutôt que la peur. Je crois que c'est vraiment important de le souligner, car souvent, dans les services de santé mentale, les personnes ont peur d'avoir des conversations difficiles. Elles se concentrent beaucoup sur le risque ou l'évaluation du risque ».

capables de guider le développement de cette pratique à Nottingham. Le groupe de réflexion était composé de personnes avec un savoir expérientiel et d'autres provenant de milieux professionnels. Notre propre interprétation de ces valeurs se reflète dans nos huit principes :

- La mutualité;
- La réciprocité;
- Une approche non directive;
- Une approche graduelle et progressive;
- Une approche axée sur le rétablissement;
- Une approche basée sur les forces;
- Une approche accueillante et inclusive;
- Un environnement qui permet de se sentir en sécurité.

En ayant des principes bien définis, nous pouvons offrir une aide plus structurée et plus formelle. Par exemple, l'un de nos principes est que notre aide ne soit pas directive; il est important que je ne vous dise pas quoi faire même si c'est un réflexe très naturel, très humain. Le but de la relation de pair-aidance, c'est d'aider l'autre à trouver son propre chemin.

« Nous parlons de sécurité émotionnelle : ce qui permet aux pairs aidants et aux personnes aidées de se sentir en confiance. Nous avons des conversations sur nos limites, sur ce que « la sécurité » signifie pour chacun ou sur le langage à utiliser pour se sentir en sécurité ».

Je veux également souligner le principe de sécurité parce que c'est l'une des pierres d'assise des relations de pair-aidance. Nous parlons de sécurité émotionnelle : ce qui permet aux pairs aidants et aux personnes aidées de se sentir en confiance. Nous avons des conversations sur nos limites, sur ce que

« la sécurité » signifie pour chacun ou sur le langage à utiliser pour se sentir en sécurité.

Enfin, je veux aussi discuter de notre principe d'accueil et d'inclusion. Parfois, nous pensons que dans notre travail, nous pouvons seulement être empathiques avec des gens qui ont un vécu semblable au nôtre, mais nous devons pouvoir compatir avec tous les gens, peu importe leur vécu. Je pense à cette citation que j'ai obtenue dans le cadre de mon doctorat : « Notre travail, ce n'est pas de "guérir" les gens, c'est d'aller les voir et d'entrer en relation avec eux, tout simplement ». La citation provient d'un pair aidant qui m'a aussi dit que parfois, nous voulons simplement permettre à la personne de se sentir à l'aise, nous asseoir avec elle et ne pas la laisser seule. C'est très important pour moi, parce que je me suis rétablie surtout pour survivre. Les relations qui m'ont aidée le plus ont été celles où la personne m'a acceptée telle que j'étais dans l'instant présent plutôt que d'essayer de me changer. Je pense que c'est une véritable force des pairs aidants.



Pair-aidance à Nottingham

La pair-aidance a commencé lentement à Nottingham. Nous avons seulement six pairs aidants au début du programme, en 2010. Maintenant, nous en comptons environ 60, et ce nombre devrait doubler dans les cinq prochaines années. Seulement dans les services de santé mentale pour adultes, nous allons recruter 52 pairs aidants de plus. Nous comptons environ 9 000 employés et nous aidons quelque 190 000 personnes par année pour une population d'environ 1,1 million de personnes. Nous avons reçu beaucoup d'aide de l'ImROC pour offrir tous ces services.

Heureusement, au début de l'année, nous avons une haute dirigeante de l'organisation qui se souciait vraiment de la pair-aidance : Julie Repper, maintenant directrice de l'ImROC. Elle nous a fermement appuyés dans nos démarches pour mettre en place la pair-aidance, ce qui nous a aidés au début. Nous avons du financement externe de la part de l'organisme de charité Mental Health Foundation pour créer nos six premiers postes. Nous les avons tous assignés aux services de santé mentale pour adultes. Nous avons conduit plusieurs évaluations préliminaires dans la communauté pour savoir

- ce qui fonctionnait dans les services;
- ce que les pairs aidants pouvaient accomplir et qui avait le plus d'effet dans leur travail;
- quelles étaient les difficultés qu'ils rencontraient;
- ce que le personnel autour d'eux et les personnes qui recevaient les soins pensaient des pairs.

Nous avons employé tout ce que nous avons appris durant la première année pour étendre le rôle des pairs aidants par la suite. Nous avons collaboré avec les équipes pour bien établir ces rôles et nous leur avons fourni la formation nécessaire pour accomplir ces nouvelles tâches.

Nous comptons maintenant parmi nous une soixantaine de pairs aidants qui travaillent dans différents services : en santé mentale des adultes, dans les hôpitaux, dans les équipes communautaires, dans les services pour enfants. Parmi eux se trouvent des adultes ayant déjà eu recours aux services pour enfants ou des parents d'enfants qui ont eu besoin de ces services et qui veulent soutenir d'autres parents. Nous avons aussi des pairs aidants dans les services de crise et dans les cliniques, dans les recovery

« Nous offrons également de la formation aux autres membres du personnel parce qu'ils ont leur propre vécu et que les compétences employées en pair-aidance (être empathique, utiliser son vécu au travail, écouter activement...) sont pertinentes pour eux ».

colleges¹ et dans les services mère-enfant. Nous avons travaillé récemment avec des équipes de sciences judiciaires et nous avons mis en place des postes de pairs aidants dans celles-ci. Enfin, il y a l'équipe de l'essor de la profession de pair aidant, que je dirige. Elle est particulièrement importante parce que tous ces pairs aidants ont besoin d'une supervision continue, de soutien et de formation. Dans cette équipe, nous collaborons avec des groupes cliniques pour mieux définir les responsabilités des pairs aidants.

Nous offrons aussi de la formation en pair-aidance. Ces séances de formation ont lieu deux fois par année et tout le monde peut s'y inscrire. Nous supervisons les pairs aidants en nous basant sur un modèle d'autoréflexion, ce que nous avons aussi emprunté à la pair-aidance intentionnelle aux États-Unis. Nous offrons également de la formation aux autres membres du personnel parce qu'ils ont leur propre vécu et que les compétences employées en pair-aidance (être empathique, utiliser son vécu au travail, écouter activement...) sont pertinentes pour eux. Nous offrons de multiples activités de formation pour le personnel et nous aidons à produire d'autres projets au sein de l'organisation. Par exemple, nous avons lancé un projet d'étude portant sur les soins après un traumatisme. Je pense qu'il est très important de recueillir des témoignages, d'entendre la voix des gens, de découvrir la richesse de leur expérience et de diffuser tout cela dans l'ensemble de l'organisation, pas seulement auprès des pairs aidants.

¹ Recovery colleges : établissements d'enseignement qui se concentrent sur des sujets liés à la santé mentale.

« Nous prenons aussi en compte les opinions des membres du personnel. Ils ont leur propre opinion quant au moment où la pair-aidance pourrait les aider, ils voient comment elle pourrait mieux être employée, où le partage du vécu serait bénéfique, et cela aide les travailleurs à appuyer la pair-aidance. Nous passons bien du temps avec les équipes pour voir leurs espoirs et leurs inquiétudes vis-à-vis de la pair-aidance ».

Lors de la création de nouveaux postes, nous travaillons avec le personnel et les utilisateurs de services et nous discutons de la façon dont la pair-aidance peut nous être utile. Par exemple, nous avons travaillé avec des services pour enfants et adolescents. Nous avons demandé à plusieurs jeunes « À quel moment penses-tu que tu aurais pu bénéficier d'un pair aidant? ». Ils ont répondu que le manque de services pour adolescents leur fait peur et qu'ils ont besoin, eux aussi, de pairs aidants. Nous avons donc ajouté des pairs aidants dans les services dont ils usent. C'est la même chose pour les services mère-enfant. Nous avons demandé aux mères qui ont recours à ces services « Où pensez-vous que des pairs aidants pourraient être utiles? » et elles ont répondu « Quand nous quittons l'hôpital, il n'y a personne pour nous accompagner et c'est là que nous voulons avoir accès à un pair aidant ». Nous prenons aussi en compte les opinions des membres du personnel. Ils ont leur propre opinion quant au moment où la pair-aidance pourrait les aider, ils voient comment elle pourrait mieux être employée, où le partage du vécu serait bénéfique, et cela aide les travailleurs à appuyer la pair-aidance. Nous passons bien du temps avec les équipes pour voir leurs espoirs et leurs inquiétudes vis-à-vis de la pair-aidance.

Défis et valeurs de la pair-aidance

L'ImROC s'est réuni en 2016 pour aider les organisations à mieux s'orienter vers le rétablissement et pour réfléchir à la manière dont elles pourraient offrir des services de santé mentale axés sur le rétablissement, ce qui les a amenées à publier un guide de nos dix défis organisationnels clés :

1. Changer la nature des interactions quotidiennes et la qualité de l'expérience;
2. Offrir des programmes d'apprentissage complets et « coproduits »;
3. Créer un recovery college pour faire avancer les programmes en utilisant un modèle éducatif coproduit;
4. S'assurer de l'engagement organisationnel, créer la « culture »;
5. Accroître la « personnalisation » et le choix;
6. Transformer la main-d'œuvre des pairs dans des postes variés;
7. Changer la manière dont nous abordons l'évaluation et la gestion du risque;
8. Redéfinir l'intérêt des utilisateurs pour créer un véritable partenariat;
9. Soutenir le personnel dans son cheminement vers le rétablissement;
10. Accroître les possibilités pour bâtir « une vie au-delà de la maladie ».

Pour nous, les points les plus importants sont les numéros 6 et 9. Nous voulons avoir des pairs aidants dans une grande variété de postes, et nous voulons parler du vécu de façon nettement plus générale. Plusieurs employés ont un savoir expérientiel, c'est pour cela qu'ils travaillent en santé mentale. Nous devons donc pouvoir soutenir la santé mentale de tous les travailleurs comme nous le faisons pour les pairs aidants. Les défis organisationnels changent un peu la donne; la dynamique de pouvoir hiérarchique se modifie en partenariat avec les gens. Nous voulons en apprendre plus sur ce qu'ils vivent et enseigner cela autant aux membres du personnel qu'aux personnes aidées.

Cette approche nous a bien servis à travers le pays et elle a influencé d'autres organisations du côté international. À l'échelon local, notre stratégie de rétablissement reflète aussi cette approche. Les objectifs de cette stratégie sont décidés par toute l'organisation et son but est de relever les dix défis organisationnels de l'ImROC. Notre stratégie

actuelle s'appelle « changer le discours » puisque les gens se distancient de plus en plus du terme « rétablissement ». Ce dernier ne convient pas dans certains services, par exemple dans ceux établis pour les personnes avec un trouble d'apprentissage ou pour les personnes âgées. Nous voulons parler autrement du rétablissement et du bien vivre. Nous avons donc axé notre stratégie sur les communautés et cela rejoint bien ce que j'ai déjà entendu lors du congrès : L'objectif des services devrait donc être de collaborer avec les communautés d'appartenance des personnes ou d'aider ces dernières à se trouver une communauté. Nous dirigeons notre regard vers les réseaux importants dans la vie des gens et nous écoutons ce qu'ils ont à nous dire.

Le pair aidant face aux autres professionnels

Une manière utile de comprendre la pair-aidance, pour moi, c'est de la situer aux côtés des autres professionnels. Les pairs aidants entrent en relation avec les personnes utilisatrices grâce à leur vécu, à leurs champs d'intérêt, à leurs compétences et à leurs passe-temps. Les professionnels de la santé mentale, eux, contribuent grâce à leurs qualifications et à leur expertise. D'une certaine manière, le pair aidant sert à combler ce fossé entre les utilisateurs des services et les professionnels. Diverses personnes peuvent avoir besoin de relations d'aide différentes; certaines vont se sentir plus à l'aise de parler à un professionnel, d'autres à un pair aidant. Parfois, nous pourrions avoir besoin d'un professionnel, et d'autres fois, d'un pair aidant, mais il y a plusieurs points communs entre les deux. Nous ne prétendons pas que les professionnels n'ont jamais de savoir expérientiel ou que les pairs aidants n'ont jamais d'expertise professionnelle.

Au Royaume-Uni, on trouve des pairs aidants dans plusieurs milieux : les maisons de crise, les hôpitaux, les logements subventionnés, les groupes d'entraide comme les Alcooliques anonymes, etc. Au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada, il y a de plus en plus de preuves de leur nécessité... De nombreux articles scientifiques ont été publiés sur la pair-aidance et son efficacité dans les dernières années. Au Royaume-Uni, bien des lois liées à la pair-aidance ont également été mises en place.



« L'une des études de l'ImROC a découvert, à titre indicatif, que les pairs aidants font économiser aux services un montant équivalent à environ trois fois leur salaire. Ces économies proviennent de la réduction, par exemple, du taux de réadmission ou de la durée des séjours à l'hôpital. Je crois que c'est le langage que nous devons parfois employer en pair-aidance pour obtenir un appui et pour vendre aux dirigeants la pertinence des pairs aidants ».

Études sur la pair-aidance et ses bénéfices

Par ailleurs, de multiples études qualitatives décrivent les bénéfices des relations de pair-aidance. En général, ces études déterminent trois bénéfices :

- La pair-aidance fait augmenter le sentiment d'espoir de la personne qui reçoit des services;
- Les pairs aidants se sentent plus confiants face à leur propre expertise, ce qui leur donne l'assurance d'avoir plus à offrir et de mieux comprendre leur propre rétablissement;
- Les services s'en trouvent améliorés parce que souvent, ils viennent de pair avec un changement de culture; comme les pairs aidants ont plus souvent un vécu analogue aux personnes qu'ils aident, ils sont plus facilement conscients du vécu de ces personnes que d'autres professionnels.

Des études cliniques randomisées se sont également penchées sur les effets de la pair-aidance et ont découvert que les services qui emploient des pairs aidants obtiennent des résultats semblables à ceux des services qui n'y recourent pas. Malgré tout, certaines études montrent que les gens ressentent plus d'espoir lorsqu'ils bénéficient du soutien d'un pair aidant, que la pair-aidance permet aux gens d'exercer un meilleur contrôle sur leur vie. Souvent, les rapports que je lis concluent en disant qu'il faut plus de recherches de qualité.

D'autres études ont mis l'accent sur les économies que la pair-aidance peut nous aider à réaliser dans les services. L'une des études de l'ImROC a découvert, à titre indicatif, que les pairs aidants font économiser aux services un montant équivalent à environ trois fois leur salaire. Ces économies proviennent de la réduction, par exemple, du taux de réadmission ou de la durée des séjours à l'hôpital. Je crois que c'est le langage que nous devons parfois employer en pair-aidance pour obtenir un appui et pour vendre aux dirigeants la pertinence des pairs aidants. Je trouve d'ailleurs cela très intéressant parce qu'il y a eu bien des études qui montrent la valeur de la pair-aidance, au point où celle-ci se base bien plus sur des preuves que la psychiatrie. Je n'ai jamais lu d'étude clinique randomisée sur l'utilisation de la psychiatrie ou d'infirmières en santé mentale!

Je considère aussi que ces études sur la pair-aidance ne portent pas toujours sur le bon sujet; elles se concentrent surtout sur l'économie des coûts ou la réduction du taux de réadmission, mais est-ce que ce sont ces résultats qui importent pour les gens aidés? Si nous disons que le rétablissement est défini par la personne elle-même, ne devrions-nous pas plutôt nous demander comment la pair-aidance contribue au rétablissement des individus de manière plus globale?

Allocution de Daniel Gélinas pour la table ronde de la journée thématique de l'embauche des personnes en rétablissement par les services de santé mentale

19^e colloque de l'Association québécoise
pour la réadaptation psychosociale, 13 novembre 2019

Daniel Gélinas, psychoéducateur et travailleur social à la retraite
de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal



C'est l'adoption du premier plan d'action en santé mentale en 2005 intitulé La force des liens qui a ouvert la porte à l'embauche des premiers pairs aidants au Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2005) au sein des équipes de suivi intensif (SI) et de soutien d'intensité variable (SIV). Cette norme est devenue

au fil des ans un puissant levier pour introduire et embaucher des pairs aidants à la fois au sein du secteur public et des organismes communautaires (Gélinas 2009).

Le temps est venu d'aller plus loin. Leur situation dans l'ensemble aujourd'hui est encore plutôt marginale, car non seulement les cibles préconisées dans le dernier plan d'action de 2017 sont loin d'être atteintes (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2017), mais l'embauche d'intervenants pairs aidants est encore souvent envisagée comme une mesure exceptionnelle et parfois même symbolique.

Il serait tout à fait approprié et réaliste de proposer au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec d'ici quelques années de se donner comme cible d'embaucher au sein du secteur public un nombre de pairs aidants équivalant à 5 pairs aidants par 100 000 habitants pour rejoindre par exemple le niveau d'excellence du Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. En effet, à titre d'employeur exemplaire (NHS Employers 2010; Scottish Development Centre for Mental Health 2009) qui compte quatre mille employés desservant une population d'un million d'habitants¹, cet établissement embauche actuellement 50 salariés ayant une fonction spécifique de travailleur pair aidant, soit un peu plus de 1 % de sa main-d'œuvre (Gilfoyle et Bartlett 2018). Concrètement, cela pourrait se traduire d'ici quelques

¹ « We support a population of just under a million people and employ nearly 4,000 staff. Our biggest bases are at the Cavell Centre, Peterborough, and Fulbourn Hospital, Cambridge, but our staff are based in more than 50 locations », Voir <https://www.cpft.nhs.uk/about-us/about-the-trust-2.htm>.

années par une augmentation considérable du nombre de pairs aidants embauchés par le réseau de la santé et des services sociaux, car à partir de la population recensée au Québec en 2018² (Institut de la statistique du Québec 2019), le calcul de la cible de 5 pairs aidants par 100 000 habitants équivaldrait à 420 pairs aidants, alors qu'ils sont moins d'une centaine actuellement, toutes catégories confondues.

Ceci à la condition d'intégrer des pairs aidants dans tous les types de services de santé mentale sans exception (Perkins et Repper 2019); des unités de soins psychiatriques à l'interne jusqu'aux services de première ligne en passant par les équipes mobiles de crise dans la communauté; des services de soutien à l'emploi de type IPS (Individual Placement and Support) (IPS Grow 2018) jusqu'aux ressources résidentielles en passant par les services de soutien pour les familles; et ce tout en faisant en sorte que 100 % de toutes les équipes SI et SIV intègrent au moins deux intervenants par équipe ayant une expérience vécue de la maladie et du rétablissement tel que nous l'avons constaté à Nottingham au sein de leurs équipes de réadaptation

² Voir la population totale du Québec en 2018, soit 8 390 499 habitants.

psychiatrique³ (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust En ligne).

Or, pour atteindre un tel résultat, il faut absolument adopter la stratégie déployée en Angleterre, soit de changer la culture de nos services pour faire en sorte que le rétablissement soit l'affaire de tous. Cela implique d'adopter des stratégies de planification de changement organisationnel en poursuivant des objectifs précis de transformation pour faire en sorte que toutes les interactions entre les acteurs touchés soient orientées par les valeurs et les principes du rétablissement (Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust 2016). Autrement dit, il faut élargir les cibles **sur le plan horizontal** pour faire en sorte que les équipes SI et SIV ne soient plus les seuls véhicules de soins et de services qui devraient intégrer des pairs aidants.

Il faut également élargir ces cibles **sur le plan spatial**, c'est-à-dire donner aux pairs aidants la possibilité d'avoir accès à des rôles diversifiés d'accompagnement, de formation, de supervision, de défense des droits et même de gestion (Powell 2013). Or, l'un des véhicules privilégiés en Angleterre a été la mise en place des Recovery Colleges qui

³ « *at least one, no more than two* ».



permettent non seulement de véhiculer de nouvelles approches éducatives qui alimentent le déploiement et la dissémination de cette nouvelle culture, mais également d'intégrer des pairs aidants appelés à assumer une codirection et une coanimation au sein de ce véhicule de formation (CÉRRIS En ligne).

Bien qu'il soit primordial de protéger le caractère spécifique de l'intervenant pair aidant qui témoigne de son propre rétablissement en jouant un rôle modèle qui accompagne côte à côte des personnes dans leur propre cheminement (Gillard et Holley 2014; Repper et coll. 2013a, 2013b; SAMHSA 2012; Watson et Meddings 2019), il faut créer de nouveaux rôles pour intégrer un nombre grandissant de personnes ayant un vécu expérientiel dans l'ensemble de nos services de santé mentale.

Dans cette optique, **sur le plan vertical**, il faut soutenir le cheminement professionnel des pairs aidants en leur permettant de poursuivre leurs études et de postuler pour l'ensemble des postes au sein des services de santé mentale, tel que cela est préconisé par les membres d'un comité ad hoc et non partisan du parlement britannique (All-Party Parliamentary Group (APPG) on Mental Health 2018). Ainsi, il serait tout à fait plausible de leur donner accès à tous les postes au sein des équipes SI et SIV. Bien que les normes américaines des équipes PACT prévoient l'embauche d'un seul intervenant pair aidant (), cela ne veut pas dire pour autant qu'il ne doit pas y avoir d'autres intervenants professionnels ayant l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement au sein de ces équipes. Au contraire, une instance du gouvernement fédéral américain précise que toutes ces personnes devraient avoir accès à tous les postes sans exception au sein de ces équipes (SAMHSA 2008). Dans cette optique, il serait tout à fait plausible et pertinent de faire la promotion non seulement de combler tous les postes de pairs aidants prévus selon les normes, mais aussi d'encourager l'embauche de professionnels ayant réussi avec succès une formation de soutien par les pairs, tout en ayant au préalable divulgué qu'ils avaient fait l'expérience de la maladie mentale et du rétablissement (Perkins et Repper 2019).

Ainsi, au sein des équipes SI et SIV, il serait tout à fait plausible d'envisager que des employeurs affichent des postes de professionnels ou d'intervenants pivots (infirmières, psychoéducatrices, travailleurs sociaux ou ergothérapeutes par exemple) dont l'expérience de la maladie et du rétablissement sanctionnée par une formation certifiée de soutien par les pairs serait

envisagée comme un atout et non comme une tare honteuse qu'il faut cacher pour consolider l'approche du rétablissement au sein de ces équipes. Ainsi, bien qu'il importe de protéger le caractère spécifique du spécialiste du soutien par les pairs (Gillard et Holley 2014; Repper et coll. 2013a, 2013b; Watson et Meddings 2019) dont la tâche s'apparente à celle d'un éducateur ayant un profil scolaire de niveau collégial⁴, j'ai repéré des descriptions de tâches en Californie qui ouvrent la porte également à la création de postes de « *Peer Care Manager* » dont la tâche s'apparente à celle d'un professionnel ayant un profil scolaire de niveau universitaire (CASRA 2014).

Soyons clairs. Il se peut avec raison que les différents ordres professionnels limitent l'utilisation du vécu expérientiel des intervenants qui poseront des actes professionnels auprès de la clientèle, tout en faisant la promotion de l'approche du rétablissement au sein des services de santé mentale (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec 2017; Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec 2013). Toutefois, dans cette perspective de promotion du rétablissement, le vécu expérientiel devrait être perçu comme un atout pour exercer des rôles professionnels et appuyer l'intégration des pairs aidants comme cela se fait en Angleterre (Meddings et coll. 2019).

Enfin, il faut créer un milieu de travail où l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement ne serait plus envisagée comme une tare honteuse qu'il faut cacher, mais comme un atout pour travailler en santé mentale. Pour accroître significativement le nombre de pairs aidants, il est absolument essentiel qu'ils ne soient pas les seuls à porter l'approche du rétablissement sur leurs épaules. Telle est la signification véritable

⁴ *High School Diploma.*

« Enfin, il faut créer un milieu de travail où l'expérience vécue de la maladie et du rétablissement ne serait plus envisagée comme une tare honteuse qu'il faut cacher, mais comme un atout pour travailler en santé mentale ».



Crédit photo : Lena Khru Pina.

de l'employeur exemplaire (NHS Employers 2010; Scottish Development Centre for Mental Health 2009) que nous avons constaté à Peterborough avec la campagne *Porter 2 chapeaux* qui repousse de facto la stigmatisation (tout en protégeant la divulgation volontaire) en envoyant le message positif à tous les autres employeurs des secteurs public et privé que le rétablissement est possible (Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust 2016).

En dernière analyse, il s'agit là d'une question de santé publique et de progrès social, car plusieurs personnes n'iront pas chercher de l'aide de peur que l'attribution d'un diagnostic psychiatrique leur ferme les portes du marché du travail (Farmer et Stevenson 2017; Gélinas 2014; Schomerus et Angermeyer 2008). Ainsi, il importe que les établissements offrant des services de santé mentale fassent la preuve que les soins et

les traitements qu'ils proposent sont efficaces et qu'ils ouvrent la voie au rétablissement. En effet, comment convaincre les employeurs du secteur privé d'embaucher des personnes en rétablissement et de mettre en place des programmes de soutien à l'emploi efficaces si nous sommes incapables de le faire au sein de nos propres services de santé mentale (Gélinas 2006; Rinaldi et coll. 2010)? C'est pourquoi il importe à la fois d'embaucher des pairs aidants ayant un mandat spécifique d'accompagnement et de vécu partagé (Gillard et Holley 2014; Repper et coll. 2013a, 2013b; Repper et Carter 2010; Watson et Meddings 2019) et des professionnels ayant un vécu expérimentiel pour les appuyer (Perkins et Repper 2012); et ce pour faire du rétablissement une réalité au cours de la prochaine décennie au sein de nos établissements de santé et de services sociaux au Québec (Shepherd et coll. 2012a; Shepherd et coll. 2012b).

Références

- All-Party Parliamentary Group (APPG) on Mental Health. (2018). *Progress of the Five Year Forward View for Mental Health: On the Road to Parity*, London, Rethink Mental Illness and the Royal College of Psychiatrists, 36 pages.
- Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (2016). *Wearing2Hats - Showing Pride in our Lived Experience*, Cambridge, Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust, 23 pages.
- CASRA. (2014). *How to Create Meaningful Roles for Peer Providers in Integrated Healthcare: A Guide*, CASRA - Integrated Behavioral Health Project (IBHP), California Mental Health Services Authority (CalMHSA), Tides, 167 pages.
- CÉRRIS. (En ligne). *Recovery College*, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale. [<https://cerrisweb.com/bibliotheque-virtuelle/dossiers-thematiques/recovery-college/>] (Consulté le 22 avril 2022).
- Farmer, P. et D. Stevenson. (2017). *Thriving at Work: The Stevenson / Farmer Review of Mental Health and Employers*, London, Department for Work and Pensions and Department of Health and Social Care, 84 pages.
- Gélinas, D. (2006). « L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale », *le partenaire*, 14(1), 9-42.
- Gélinas, D. (2009). « Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec », *le partenaire*, 18(3), 4-43.
- Gélinas, D. (2014). « Pour faire avancer les choses maintenant », *le partenaire*, 23(2), 31-35.
- Gilfoyle, S. et T. Bartlett. (2018). « Keeping the Recovery Plates Spinning in CPFT », *ImROC Peer Worker Critical Debate* (36-43). Maidstone, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust.
- Gillard, S. et J. Holley. (2014). « Peer Workers in Mental Health Services: Literature Overview », *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 286-292.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Le Québec chiffres en main*, Québec, L'Institut, 74 pages.
- IPS Grow. (2018). *Commissioning Guidance – Mental Health and Employment Services*, United Kingdom, 16 pages.
- Meddings, S., P. Morgan et G. Roberts. (2019). « All Mental Health Professionals Using Lived Experience ». Dans E. Watson et S. Meddings (édit.), *Peer Support in Mental Health*. London, Red Globe Press, 114-128.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens*, Québec, Le Ministère, 98 pages.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, Québec, Le Ministère, 87 pages.
- NHS Employers. (2010). *Working it Out: Employment for People with a Mental Health Condition*, London, The NHS Confederation, 6 pages.
- Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust. (2016). *Changing the Conversation - Recovery Strategy 2016-2021*, Nottingham, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, 31 pages.
- Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust. (En ligne). *Peer Support*. [<https://www.nottinghamshirehealthcare.nhs.uk/peer-support>] (Consulté le 22 avril 2022).
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Le psychoéducateur en santé mentale adulte : Cadre de référence*, Montréal, L'Ordre, 68 pages.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec. (2013). *L'intervention sociale individuelle en santé mentale dans une perspective professionnelle : Énoncé de position*, Montréal, L'Ordre, 44 pages.
- Perkins, R. et J. Repper. (2012). *Developing Peer Roles and Training in the UK (with a Focus on Mainstream, Statutory NHS Services)*, London, The NHS Confederation, Department of Health, Centre for Mental Health, 17 pages.
- Perkins, R. et J. Repper. (2019). « Where is Peer Support Going? », *Mental Health and Social Inclusion*, 23(2), 61-63.

- Powell, I. (2013). *The Power of a Peer Provider*, Atlanta, Appalachian Consulting Group, 11 pages.
- Repper, J. et T. Carter. (2010). *L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires : Recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale*, Londres, Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRP), Québec, 37 pages.
- Repper, J. et coll. (2013a). 5. *Briefing Paper - Peer Support Workers: Theory and Practice*, London, Implementing Recovery through Organisational Change programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, 16 pages.
- Repper, J. et coll. (2013b). 7. *Briefing Paper - Peer Support Workers: A Practical Guide to Implementation*, London, Implementing Recovery through Organisational Change programme, a Joint Initiative from the Centre for Mental Health and the NHS Confederation's Mental Health Network, 31 pages.
- Rinaldi, M., L. Miller et R. Perkins. (2010). « Implementing the Individual Placement and Support (IPS) Approach for People with Mental Health Conditions in England », *International Review of Psychiatry*, 22(2), 163-172.
- SAMHSA. (2008). *Building your Program (Evidence-based Practices: Shaping Mental Health Services toward Recovery, Assertive Community Treatment Toolkit)*, Washington, US Department of Health and Human Services and Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 69 pages.
- SAMHSA. (2012). *Equipping Behavioral Health Systems and Authorities to Promote Peer Specialist/Peer Recovery Coaching Services*, Rockville, Prepared for the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 29 pages.
- Schomerus, G. et M. C. Angermeyer. (2008). « Stigma and its Impact on Help-seeking for Mental Disorders: What do we Know? », *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(1), 31-37.
- Scottish Development Centre for Mental Health. (2009). *What Does an Exemplar Employer Look Like in Relation to Supporting People with Mental Health Problems and Mentally Healthy Workplaces?*, Edimburgh, Scottish Development Centre for Mental Health, 8 pages.
- Shepherd, G., J. Boardman et M. Burns. (2012a). *Mise en pratique du rétablissement : Une méthodologie en vue d'un changement organisationnel (édition québécoise)*, Londres, Sainsbury Centre for Mental Health. 34 pages.
- Shepherd, G., J. Boardman et M. Slade. (2012b). *Faire du rétablissement une réalité (édition québécoise)*, Londres, Sainsbury Centre for Mental Health, 24 pages.
- Watson, E. et S. Meddings. (2019). *Peer Support in Mental Health*, London, Red Globe Press, 166 pages.

Nous avons lu pour vous

Les voix du rétablissement La médiation de la pair-aidance

Sabrina Palumbo
Avec Stéphane Cognon, Joan Sidawi, Muriel Thibault, Catherine Brettes,
Philippe Rodier, Cécile Glasser

Anne-Marie Benoit, Paire aidante et agente de projet,
Association québécoise pour la réadaptation psychosociale



Le partenaire m'a interpellée pour écrire un commentaire sur le livre *Les voix du rétablissement* : la médiation de la pair-aidance. Cet ouvrage m'a profondément touchée. Il regroupe six témoignages de pairs aidants français aussi étonnants les uns que les autres,

détaillant leurs parcours respectifs de rétablissement. Les 125 pages qu'on nous propose se lisent aussi facilement qu'un roman.

Je dois vous avouer toutefois que mon regard de « critique littéraire » n'est peut-être pas tout à fait neutre. Dans le cadre de mon travail pour Pairs Aidants Réseau, j'anime une fois par mois une activité appelée *Web-midi*. À chacune de ces rencontres sur le Web, un nouveau pair aidant québécois vient présenter son témoignage de rétablissement et répondre aux questions du public composé de pairs aidants, de personnes en rétablissement, de professionnels de la santé, de membres de l'entourage et de simples curieux. Pour ma part, en tant que paire aidante, découvrir de nouvelles histoires de rétablissement me permet chaque fois de toucher à la profondeur du savoir expérientiel.

Je me laisse surprendre à tout coup par la force de ces récits capables de nourrir l'espoir, de donner envie de reprendre du pouvoir sur sa vie et de la réinventer.

L'engagement de Sabrina Palumbo, instigatrice du projet de livre, pour sensibiliser, déstigmatiser et promouvoir la santé mentale est remarquable. Elle s'implique dans plusieurs associations et dans un dispositif d'Appartements coordonnés thérapeutiques (ACT)¹ aussi appelé *Un chez soi d'abord*. Elle s'engage également sur le terrain de la parentalité. Elle a cocréé la solution Koala Family. Koala est une application mobile pour améliorer le bien-être parental et familial de l'utilisateur, ainsi que la qualité de sa relation avec ses enfants. Elle est aussi l'auteure de trois livres : *L'âme en éveil, le corps en sursis*², *Trouble alimentaire : mieux comprendre pour mieux guérir*³ et bien sûr, *Les voix du rétablissement*⁴.

¹ Ce sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes fragiles psychologiquement et socialement qui requièrent des soins et un suivi médical.

² Paru aux Éditions Quintessence en mai 2014.

³ Paru aux Éditions La Providence en mai 2017.

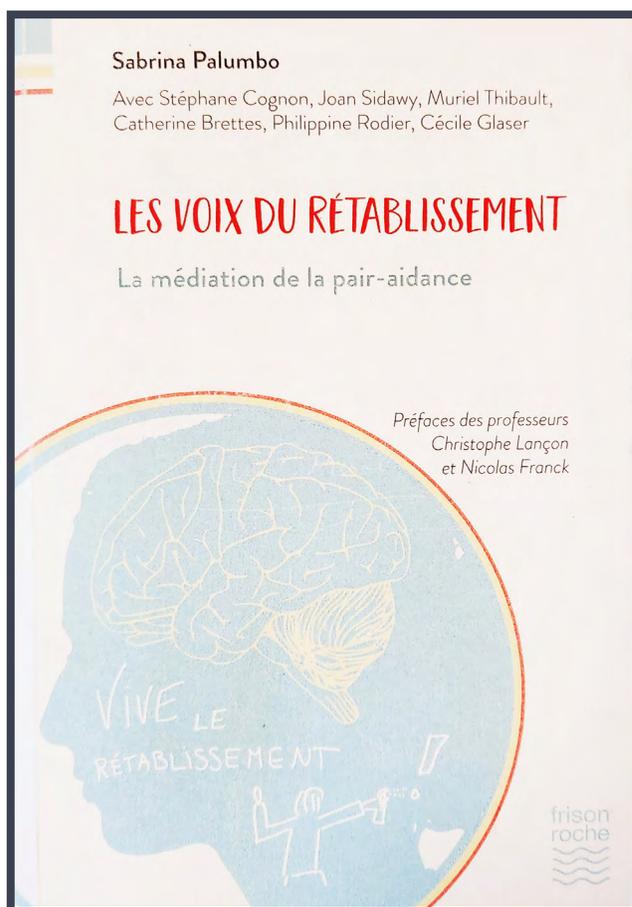
⁴ Paru aux Éditions Frison-Roche en 2021.

Éditions Frison-Roche
68, rue de Meaux, 1^{er} étage –
75019 Paris
Tél. : 0140469491

infos@editions-frison-roche.com

Métro Laumière, Jaurès
ou Bolivar

Diffusion au Canada : Somabec
1485, rue de Coulomb
Boucherville (Québec)
J4B 7J8
Tél. : 450-461-2782 (faire le 2)
Courriel : clientele@tc.tc



Aux yeux de Sabrina, il existe plusieurs définitions du rétablissement, car chaque personne vit son propre cheminement et formule ses espoirs, ses rêves et ses objectifs d'une façon très personnelle. Les six coauteurs – Stéphane, Joan, Muriel, Catherine, Philippine et Cécile –, tous des pairs aidants, nous le feront d'ailleurs ici découvrir de façon éloquente dans cet ouvrage. Avec *Les voix du rétablissement*, nous sommes très loin des récits trop bien lissés où l'on peine à reconnaître l'incroyable chaos et les insondables tourments que doivent traverser les personnes qui se rétablissent ainsi que les chemins improbables qui mènent vers une réelle reprise de pouvoir sur sa vie.

Sabrina décrit le pair aidant comme un « ambassadeur du vécu ». Celui-ci s'appuie sur le savoir acquis au cours de son rétablissement « pour accompagner ses pairs et partager avec eux tous les 'trucs' qui l'ont aidé à se rétablir ainsi que les outils qu'il a lui-même testés⁵ ».

Le rétablissement n'est pas une mince affaire. Malgré toutes les difficultés, chacun des coauteurs de cet ouvrage collectif a su creuser au fond de lui-même pour cultiver l'espoir, sortir de l'isolement, se fonder sur ses rêves, ses forces, ses intuitions et sa sensibilité afin de renaître.

Être authentique et créer de nouvelles formes de liens avec l'entourage et plus généralement avec la société exige beaucoup de courage. La question ici est délicate. Assumer son histoire de rétablissement et décider de devenir pair aidant, c'est aussi prendre position face aux enjeux liés à la santé mentale, aux préjugés et à la stigmatisation. Quoi qu'on puisse en penser, parler au grand jour de son histoire, c'est aussi emprunter un parcours de combattant. Heureusement qu'il se trouve de plus en plus d'alliés parmi les proches, les enseignants, les professionnels et la communauté en général. L'espoir d'une société inclusive pour les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale devient donc plus vivant.

Sabrina Palumbo souligne que « [t]rouver un sens à la vie et se faire une place dans la société, être accepté tel qu'on est, se détacher du poids des convenances, voilà les éléments constitutifs que l'on retrouve chez tous ceux qui se rétablissent⁶ ».

⁵ P. 23.

⁶ P. 122.

Les voix du rétablissement : la médiation de la pair-aidance démontre clairement que la pair-aidance revêt de nombreux visages. Pour qui s'intéresse au savoir expérientiel, les parcours de rétablissement des pairs aidants peuvent devenir des puits de découvertes sans fond. Comprendre la richesse du savoir expérientiel peut sans aucun doute faire évoluer, parfois même révolutionner, les pratiques au sein des différents services de soins en santé mentale.

Quelques mots sur les auteurs

Stéphane a décidé d'écrire un livre intitulé *Je reviens d'un long voyage : Candide au pays des schizophrènes*⁷.

Joan a créé un blogue vraiment passionnant appelé *Comme des fous*; « un média participatif pour changer le regard sur la folie et œuvrer à la déstigmatisation des troubles psychiques⁸ ».

Pour Muriel, « le mot symptôme renvoie à la notion de maladie, alors que plusieurs phénomènes, qui sont ou ont été vus comme des symptômes révélateurs de maladie peuvent aussi être vus comme le reflet de fonctionnements qui ne sont pas forcément problématiques⁹ ». Les questions qui en ont découlé l'ont amenée à écrire trois livres¹⁰.

Catherine a en outre rédigé un projet de loi avec Sabrina Palumbo, lequel vise à « poser les bases de notre profession pour protéger les pairs aidants et les pairs aidés. J'espère que notre texte sera voté. J'en fais le vœu!¹¹ » Nous trouvons sur le Web les détails

de ce projet de loi et il y a même une pétition adressée à l'Assemblée nationale française : « Un collectif de soutien à la création d'un Ordre des pairs aidants en France ».

⁷ Stéphane Cognon, *Je reviens d'un long voyage : Candide au pays des schizophrènes*, Frison-Roche, mai 2017.

⁸ P. 46

⁹ P. 53

¹⁰ *Ma surdouance a été psychiatisée : (et je ne regrette pas qu'elle le fut)*; *Les émotions vécues par des pairs aidants rémunérés*; *44 histoires très-très courtes et très-très positives (Pour aller très-très mieux ou très-très un petit-peu-mieux)*.

¹¹ P. 86.

Comme paire aidante, Philippine aimerait, entre autres, sensibiliser les jeunes aux ravages causés par le harcèlement et d'autres sévices .

Cécile, quant à elle, découvre sur les réseaux sociaux des communautés d'entraide. Cette façon d'obtenir de l'aide est très innovante même si elle suscite souvent de la méfiance auprès des professionnels. Néanmoins, la bienveillance y prédomine. L'autorégulation du groupe est surprenante et donne un ancrage pour entreprendre un processus de rétablissement.

Crédit photo : Pavel Danilyuk.



Nous avons découvert pour vous

Un dossier thématique sur la pair-aidance destiné aux gestionnaires en santé mentale

Marc St-Martin, éditeur de la revue le partenaire

La revue le partenaire a découvert sur le Web un dossier thématique sur la pair-aidance destiné aux gestionnaires en santé mentale et créé par le Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).

Enfin un dossier facile à consulter qui cerne avec justesse ce qu'est l'intervention par les pairs aidants et les enjeux liés à leur embauche et à leur intégration!

Je suis très heureux que Baptiste Godrie, l'instigateur de ce projet, ancien chercheur du CREMIS et maintenant directeur de l'Institut universitaire de première ligne en santé et en services sociaux (IUPLSSS) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, ait accepté d'accorder une entrevue à la revue le partenaire. Les extraits proposés ci-dessous nous permettent de découvrir comment l'idée du dossier thématique sur la pair-aidance a germé et évolué.

À la toute fin de ce texte, je partagerai aussi avec vous les résultats partiels d'un sondage en ligne réalisé auprès des gestionnaires qui ont participé au lancement en visioconférence du dossier thématique. Ce sondage met en lumière les qualités du dossier Web et des pistes de bonification de celui-ci.

Extraits de l'entrevue de Baptiste Godrie

« C'est lors de ma thèse de doctorat sur le projet chez soi (2009-2013) que j'ai rencontré pour la première fois des pairs aidants. Les gestionnaires d'équipe s'étaient alors beaucoup interrogés sur leur embauche. Dans ces années-là, engager un pair aidant était révolutionnaire. Cette pratique débutait à peine au Québec.

Même s'il y avait un suivi offert par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, des documents et des études sur le travail des pairs au Québec et à l'international, les gestionnaires avaient le réflexe d'aller sur le Web dans l'espoir d'y trouver de l'information s'adressant précisément à eux. Parcourir d'imposants rapports de recherche ne répondant pas toujours à leurs questionnements cadre mal avec un emploi du temps chargé.

Vers la fin de cette thèse, je me suis beaucoup interrogé sur la mobilisation des connaissances¹ pour la communauté scientifique autant que pour les milieux de pratique. J'ai essayé de prévoir une diversité de formats pour publier mes résultats : des études scientifiques, des articles dans les revues professionnelles de la santé et des services sociaux, comme dans la revue le partenaire d'ailleurs. Je me suis alors aperçu que le public le plus négligé était

¹ La mobilisation des connaissances est un processus dynamique qui réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances.

celui des gestionnaires, alors que c'était eux qui devaient pourtant appliquer les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux inscrites au plan d'action en santé mentale, dont celle d'embaucher des pairs aidants.

À l'époque, nous étions très loin de l'atteinte des cibles fixées par le Ministère sur l'embauche des pairs aidants. L'analyse réalisée à la suite de rencontres faites au cours de ma thèse et lors de l'animation de groupes de discussion mettait en évidence que les principaux freins à l'embauche étaient liés à des préjugés du type :

1. les pairs aidants vont déstabiliser leurs collègues;
2. ils vont prendre plus de congés que les autres employés;
3. ils ne seront pas des partenaires à part entière auxquels nous pourrions nous fier.

Plusieurs personnes doutaient de la qualité du travail éventuel des pairs aidants.

De ces constats ont découlé nos premières réflexions sur la création d'un projet précisément dédié aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et aux directions des organismes

« Un premier sondage auprès des gestionnaires a souligné l'importance de créer des capsules vidéo courtes et de présenter une information bien ciblée ».



communautaires. J'ai obtenu une subvention de mobilisation des connaissances de l'Université de Montréal qui a soutenu la création d'un dossier Web.

Un premier sondage auprès des gestionnaires a souligné l'importance de créer des capsules vidéo courtes et de présenter une information bien ciblée. La majorité des gestionnaires n'ont en général qu'une demi-heure par-ci par-là pour s'intéresser à un nouveau sujet. Il fallait donc proposer quelque chose permettant de se faire une opinion sur le sujet en 30 minutes.

Le défi était clair. Nous espérions que les gestionnaires intéressés par la pair-aidance puissent se dire, à la suite de la consultation du dossier thématique : D'accord, j'avais des réticences. Je peux voir un peu plus clair maintenant. Je n'ai pas toutes mes réponses, mais je comprends que la pair-aidance est une pratique éprouvée capable de donner des résultats positifs et de faire une différence dans mon équipe. J'ai découvert dans ce dossier des outils. Si je veux, par exemple, embaucher, on me propose des questionnaires pour mener l'entretien et des moyens pour définir la description de tâches. Je découvre que je peux être accompagné comme futur employeur de travailleurs pairs et qu'il y a des liens vers des documents de référence axés sur le concret.

De fait, l'intervention en pair-aidance est basée sur une expertise à laquelle est attaché un ensemble de compétences, dont une capacité à mobiliser son savoir expérientiel de manière opportune pour accompagner une personne vers un mieux-être. Ces compétences se développent au fil d'un parcours de vie. À l'aide d'un questionnaire adéquat fondé sur des critères objectifs et grâce à une entrevue d'embauche, nous pouvons identifier les gens qui détiennent réellement ces compétences et sont susceptibles de les mobiliser. Choisir une personne qui a un parcours de vie difficile et qui nous touche ne garantit pas qu'elle soit prête à intervenir en tant que paire aidante. L'entretien d'embauche s'appuie sur le vécu du candidat, certes, mais l'objectif est d'évaluer le recul que celui-ci a au sujet de sa propre expérience ainsi que sa capacité de travailler au sein d'une équipe et avec des usagers.

L'accueil dans l'équipe est un autre élément crucial du processus d'intégration des pairs aidants. Mieux vaut être bien préparé. Dans quelle mesure l'ajout d'un travailleur pair aidant apporte-t-il un bénéfice à l'équipe et aux personnes accompagnées? Est-ce que l'équipe a bien déterminé quels sont les obstacles à

l'intégration des pairs aidants et ses propres préjugés envers eux? Une description de tâches claire a-t-elle été établie et les modalités encadrant la supervision ont-elles été bien définies? Tous ces éléments constituent des facteurs de réussite bien documentés et confirmés par l'expérience de gestionnaires dans les domaines institutionnel et communautaire. L'arrivée d'un pair aidant se construit par le bas, en équipe; elle ne doit pas répondre à une injonction politique ou à la seule ambition d'un chef de service.

Il est bon aussi de se rappeler que commencer un nouveau travail dans une structure que l'on ne connaît pas, avec un métier que l'équipe commence à peine à découvrir, c'est compliqué.

Comme les autres salariés, le travailleur pair est un professionnel qui doit être soumis au même cadre que les autres membres de l'équipe pour sentir qu'il fait partie intégrante de celle-ci. Ce qui n'empêche pas de réfléchir à des rôles particuliers pour les pairs aidants. »

Évaluation du dossier thématique

L'analyse des effets de la consultation du dossier par des gestionnaires a permis de faire ressortir ses qualités et des pistes d'amélioration pour celui-ci. Voici les principaux constats qui ressortent de l'évaluation du dossier :

1. Est perçu comme utile et pratique par les gestionnaires d'équipe en santé mentale

« [Le dossier Web m'a permis de] sensibiliser les membres de mon équipe sur les effets positifs d'avoir un pair aidant dans notre équipe »;
2. Améliore significativement les capacités des gestionnaires à embaucher et à intégrer des pairs aidants dans leur équipe

« [Le dossier Web m'a permis de] m'outiller, de me préparer à l'arrivée potentielle d'un pair aidant »;
3. Augmente significativement l'intention des gestionnaires d'embaucher un pair aidant dans leur équipe

« Nous amorcerons bientôt une planification stratégique et je crois que la création d'un poste de pair aidant pourra faire partie de notre réflexion ».

Le dossier permet donc aux gestionnaires

- d'acquérir des connaissances sur la pair-aidance;
- de renforcer la volonté d'aller de l'avant avec la démarche d'intégration d'un pair aidant dans l'équipe;
- de rassurer l'équipe et de la sensibiliser aux effets positifs de compter un pair aidant dans leurs murs;
- de démystifier les mythes;
- d'améliorer l'intégration;
- de mieux accueillir un pair aidant;
- d'influencer positivement la volonté de créer un poste de pair aidant;
- de sensibiliser les collègues sur la plus-value liée au fait d'intégrer un pair aidant et sur l'adhésion aux bonnes pratiques;
- d'avoir accès à des ressources bibliographiques en appui aux démarches.

À l'avenir, le dossier pourra être bonifié en ajoutant de l'information sur

- les programmes et contenus de la formation des pairs aidants au Québec;
- le recrutement et l'intégration de jeunes pairs aidants en équipe jeunesse;
- le soutien offert par l'AMPAQ.

Bonne découverte!

<https://www.cremis.ca/publications/dossiers/intervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/>



Votre pair-aidance idéale...

Muriel Thibault, paire aidante et formatrice paire



À des moments clés de mon parcours, j'ai pu repérer les valeurs importantes pour moi. Des valeurs, des modes d'action, des modes de relations. Des modalités de travail facilitantes. Ces expériences et réflexions ont forgé ma vision de ma pair-aidance idéale, que je décrirais ainsi :

Communiquer mon vecteur de rétablissement principal (l'expression physique et physiologique des émotions) aux psychiatres et aux autres professionnels de la santé mentale, grâce à de la formation sous forme d'entrepreneuriat accompagné (en partenariat avec une structure de portage d'entrepreneuriat indépendant), en collaboration avec une cofformatrice. Cette initiative pourrait rejoindre des équipes très avancées et motivées dans leur approche du rétablissement en santé mentale et ayant déjà recours à la pair-aidance.

ET en même temps, à côté ou en parallèle, être au sein d'une équipe, agir et continuer de découvrir, d'apprendre, de comprendre « l'autre côté du miroir », à temps partiel, avec des personnes positives et ouvertes d'esprit, à partir de missions concrètes, précises, que j'aurais plaisir à remplir avec un « merveilleux mélange » entre routine et changement constant (oui oui, les deux à la fois!).

ET me sentir membre d'une cohorte de pairs aidants, qui avance, monte en compétences et en envies de projets, en réalisations de projets, qui travaille en coopération...

ET continuer à me former, adopter une approche résolument positive et constructive, coconstructive. Lorsque je vois ma tendance à être « critique » me rediriger vers une posture de compréhension du

fonctionnement de l'autre, de sa propre logique, de ses « pourquoi », être une force de propositions, de coconstructions d'évolution positive, patiemment.

ET aussi... à côté de cela... (et c'est à intégrer dans le projet de vie global... et j'ai encore tout un pan de rétablissement à accomplir...), une vie personnelle riche..., du ressourcement, de la joie, de l'amusement, des moments de défoulement, de la détente, de la légèreté et du repos... C'est important.

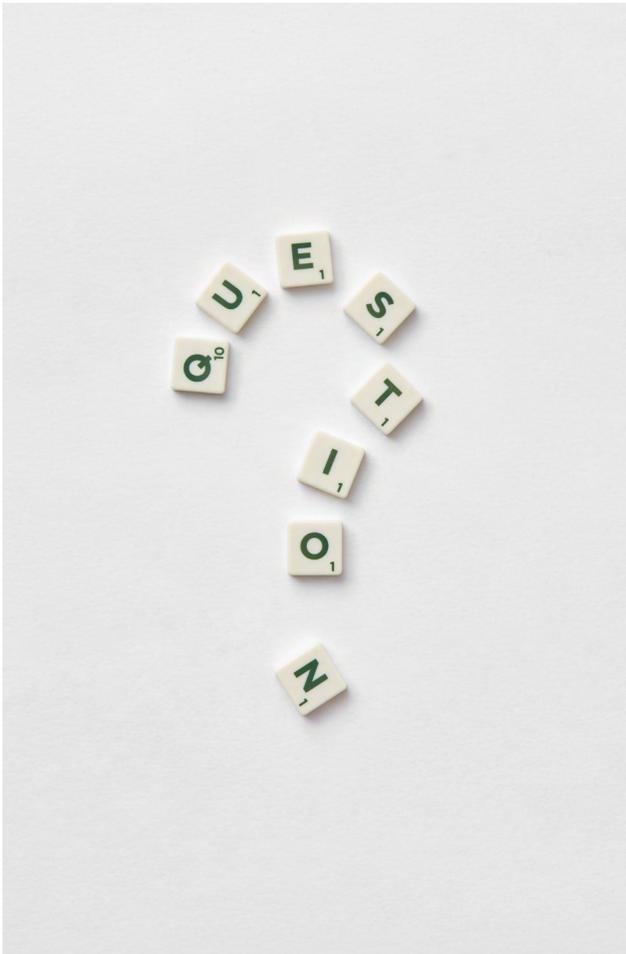


Crédit photo : Florian Doppler.

Et toi? Et vous?

De quel type de pair-aidance rêvez-vous?

Ces questions conçues au départ pour les pairs aidants s'adressent en réalité à toute personne, y compris aux professionnels du monde de la santé mentale.



Crédit photo : DS stories, Pexels.

Préférez-vous travailler dans un espace calme, silencieux, solitaire? En petit comité? En grand groupe? Dans un climat qui « bouge », où l'action ne manque pas?

Aimez-vous le changement? Ou est-ce plus porteur pour vous de vivre selon un rythme régulier, dans un contexte qui respire la stabilité et où les repères sont clairs?

À moins que vous ne préfériez un « merveilleux mélange des deux »?

Avez-vous envie d'animer un groupe? De fournir un service personnalisé? De travailler en binôme?

Avez-vous le goût de soutenir des personnes par le biais d'activités artistiques ou sportives?

Préférez-vous offrir un accompagnement à long terme ou des services ponctuels?

Au contraire, votre première préoccupation serait peut-être de vous plonger au sein d'une équipe qui sait très bien où elle va et qui est heureuse de vous emmener dans son paquebot?

Avez-vous envie de travailler dans un environnement hiérarchisé ou plutôt dans un espace au mode de fonctionnement horizontal, c'est-à-dire ultra participatif, ceci à toutes les étapes du projet, à tous les étages de la structure?

Qu'est-ce qui existe déjà dans votre région qui vous enthousiasme? Y a-t-il des projets ou des structures qui vous donnent envie d'y participer activement?

Qu'est-ce qui vous inspire ailleurs ou à l'étranger? Avez-vous entendu parler de...? Ou bien de...?

Quelles idées personnelles avez-vous envie de mettre en œuvre? Vos souhaits rejoignent peut-être ceux de nombreuses autres personnes?

Avez-vous envie de participer à « monter de toutes pièces » un projet, voire une structure? Ou bien voulez-vous intégrer une structure existante ou en cours de constitution, mais... portée par d'autres que vous?

LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION



Découvrez les dix dernières éditions de l'infolettre mensuelle de l'AQRP sur la stigmatisation

[Lutte contre la stigmatisation – votre infolettre mensuelle - AQRP | AQRP \(aqrp-sm.org\)](http://www.aqrp-sm.org)

Volume 1 – Rétablissement et stigmatisation; le vocabulaire est important!

Volume 2 – La stigmatisation réelle ou perçue par les aidés

Volume 3 – La stigmatisation et les professionnels de la santé

Volume 4 – La stigmatisation sociale et a santé mentale

Volume 5 – La stigmatisation structurelle dans le milieu de la santé

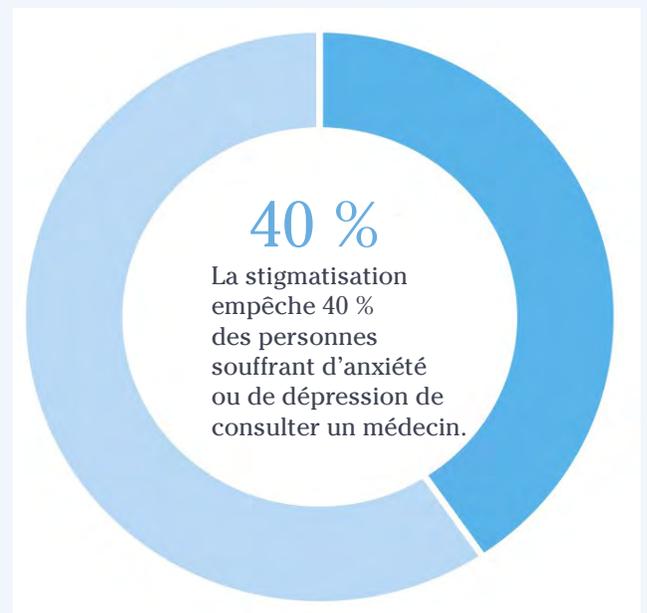
Volume 6 – La stigmatisation en santé mentale – Un peu de littérature!

Volume 7 – Présentation du livre intitulé *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale : Pour en finir avec la stigmatisation*

Volume 8 – Entrevue avec Marie-Ève Côté, paire aidante et auteure du 6^e chapitre du livre intitulé *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale*

Volume 9 – Entrevue avec Julie Tansey, auteure du 18^e chapitre du livre intitulé *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale*

Volume 10 – La stigmatisation et le suicide



LE TEMPS PASSE TOUJOURS PLUS VITE LORSQU'ON A DU PLAISIR...

Le XXe Colloque de l'AQRP est de retour!

Un vingtième colloque, ça se souligne, ça se fête et ça rassemble!

Toute une tradition de plaisir qui se dessine maintenant et qui se concrétise collectivement pour demeurer à la hauteur de vos attentes.

Au printemps 2024, l'AQRP souhaite fêter avec vous la 20^e édition de son colloque annuel, LE rendez-vous en santé mentale par excellence!

Que vous réserve l'équipe de l'AQRP et le comité scientifique déjà à l'œuvre pour faire de cet événement international une mise en réseau festive et incontournable?

Des invités de marque locaux, régionaux et internationaux, de la formation exclusive, des ateliers pratiques utiles, un éclairage sur des réussites sur lesquelles s'appuyer, des projections innovantes pour assurer l'avenir, et des surprises... Toujours plus de plaisir! Détails à venir!

La qualité impeccable de la programmation variée est très intéressante, j'aurais voulu tout suivre!

La diversité et la richesse des sujets abordés. Une belle ouverture d'esprit permettant l'expression et l'émergence de nouveaux croisements de savoirs et d'approches novatrices.

En général, je suis toujours impressionnée par la qualité des présentations.
Colloque 2019

Le défi qui nous attend est grand et stimulant. Tous ensemble, il nous faut encore et toujours aller plus loin!

Le XX^e Colloque de l'AQRP, le plus grand événement mobilisateur sur la scène québécoise.

Le XX^e Colloque de l'AQRP, une force d'action mobilisatrice, de transferts de connaissances et de mise en réseau! Et bien du plaisir en prime!

Soyez parmi nous.

Association québécoise pour
la réadaptation psychosociale

205-2380, av. du Mont-Thabor
Québec (Québec)
G1J 3W7
aqrp-sm.org
418-523-4190

Personne-ressource :
Catherine Genest
Directrice des communications

cgenest@aqrp-sm.org

Nous sommes curieux de connaître ce que vous espérez retrouver au sein de ce 20^e colloque.

N'hésitez pas à publier vos idées et vos suggestions sur la page [Facebook de l'AQRP](#).

Restons connectés!

Les rendez-vous nationaux des livres vivants 2023

Une façon unique de s'ouvrir sur le monde



Ne manquez pas les rendez-vous nationaux
printemps et automne 2023!



Revue *le partenaire*

Découvrez votre prochain numéro!

La reconnaissance du savoir expérientiel et ses enjeux Réflexions sur nos pratiques de partenariat Vol. 29, n° 1

La culture de la collaboration dans les services en santé mentale prend son envol. On a assisté au passage d'une approche clinique plutôt paternaliste à une autre dite « centrée sur le patient » dans laquelle on a cherché à le consulter puis à favoriser sa participation.

Nous débouchons maintenant sur un réel partenariat où les décisions se prennent avec la personne intéressée.

Le partenariat est donc une relation d'engagement réciproque caractérisée par le coleadership, la coconstruction et la coresponsabilité.

Quels sont les avantages de la collaboration?
Quels sont les modalités et les contextes qui lui sont favorables et comment influencent-ils la nature des échanges entre partenaires de soins et de services?
Quelles sont les compétences clés à développer et les conditions propices au succès du partenariat de soins et de services dans les établissements?

La personne acquiert une expertise en se rétablissant de troubles de santé mentale. Par le fait même, elle apprend à se responsabiliser par rapport à ceux-ci et à la reprise de pouvoir sur sa vie. Dans ce contexte, le soutien clinique est essentiel, car il aide les membres de l'équipe à devenir des partenaires à part entière. Dans ce processus fondé sur la collaboration, l'enjeu de la dignité du risque est central pour les deux parties.

Soutenez l'AQRP en devenant membre dès maintenant!

Être membre de l'AQRP, c'est...

... participer à l'amélioration des pratiques et des services en santé mentale en contribuant à la réalisation de projets concrets pour accroître la qualité de vie des personnes touchées par les problèmes de santé mentale : lutte contre la stigmatisation, rétablissement et pleine citoyenneté, pair-aidance, entente de voix, jeunesse, intégration au travail, etc.

L'AQRP regroupe 2 types de membres : individuel ou corporatif. Pour connaître les tarifs d'adhésion et les privilèges qui sont associés au membership :

[En savoir plus...](#)