

Godrie, B. (à paraître). « Les pratiques cliniques à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels. Le cas des pairs aidants en santé mentale », dans Morin P. et S. Carrier (dir.). *Au-delà de la maladie et des problèmes psychosociaux : co-production, valorisation des savoirs expérientiels et évaluation de la différence*, Sherbrooke : Presses de l'Université du Québec.

### **Résumé :**

Ce chapitre présente les pratiques de soin développées dans trois équipes montréalaises de suivi psychosocial par des intervenants pairs-aidants en collaboration avec des professionnels de différentes disciplines (travailleurs sociaux, infirmières et psychiatres). Leur présence au sein de ces équipes a contribué à enrichir la gamme des pratiques de ces équipes qui fonctionnent d'ordinaire sans intervenant pair-aidant. Il s'agit, entre autres, de la référence des patients vers des ressources alternatives, de l'ouverture d'espaces de discussion sur la médication au sein des équipes cliniques et avec les patients ou encore de la mise de côté des étiquettes diagnostics pour comprendre le vécu de ces derniers. Dans certains cas, les pratiques développées reposent sur une co-construction entre les pairs-aidants et leurs collègues, et se situent à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels de la santé mentale. Ces pratiques de soin sont mises en perspective avec des études réalisées au Québec et ailleurs dans le monde.

### **Introduction**

Alors que l'intervention, dans le domaine de la santé et des services sociaux, relève le plus souvent d'intervenants avec une formation académique, une place croissante est aujourd'hui accordée aux intervenants pairs-aidants employés au sein du réseau public institutionnel ou communautaire de la santé et des services sociaux<sup>1</sup>. Les pairs-aidants sont des personnes qui sont passées « par là » en référence à leur savoir expérientiel, mais qui, à la différence des autres intervenants (travailleurs sociaux, infirmières et psychiatres), sont dépourvues d'une formation clinique académique (Demailly et Garnoussi, 2015 ; Godrie, 2015a). Ils interviennent en particulier auprès de populations stigmatisées et jugées difficiles à rejoindre par les services traditionnels dans une perspective de prévention et de réduction des méfaits. Il peut s'agir de personnes en situation d'itinérance ou de grande précarité (Bergamaschi, 2013), de jeunes de la rue (Bellot, Rivard et Greissler, 2010), de personnes avec des problèmes de toxicomanie (Perreault *et al.*, 2013) ou des travailleurs-es du sexe (Mensah, Thiboutot et Toupin, 2011 ; Stella, 2014). Dans le champ de la santé mentale, de plus en plus de programmes sont mis sur pied pour former des pairs-aidants qui sont par la suite embauchés dans des équipes cliniques des milieux institutionnels et communautaires.

---

<sup>1</sup> Différents termes sont utilisés pour désigner ces intervenants : spécialistes pairs-aidants (*peer worker specialists*), pairs-aidants certifiés, pairs offrant des services au sein des services courants (*peer delivered services added to traditional services*) et médiateurs de santé-pairs (MSP). À la différence de ces derniers, les professionnels peuvent avoir utilisé ou utiliser des services de santé mentale, mais ils ne le divulguent pas dans leur travail. Le terme de *prosumer* désigne quant à lui une personne qui est à la fois un professionnel et un utilisateur des services (Salzer, 1997 ; Mancini et Lawson, 2009).

Cette forme d'emploi diffère d'autres formes de soutien plus anciennes offertes par les pairs telles que le soutien informel (et parfois non intentionnel) qui se développe dans le cadre d'une relation mutuelle dans les groupes d'entraide (*self-help groups*) et du soutien dans les groupes par et pour les usagers des services (*peer-run groups/programs*) qui se positionnent souvent de manière critique vis-à-vis des initiatives institutionnelles (Chamberlain, 1979 ; Bradstreet, 2006 ; AGIDD-SMQ, 2008 ; Morin, 2011). Les pairs-aidants employés dans les services publics ou communautaires ont une expérience des problèmes de santé mentale et sont choisis parce qu'ils ont avancé significativement dans leur processus de rétablissement.<sup>2</sup> Ces travailleurs s'affichent dans l'intervention en tant qu'usagers ou anciens usagers des services de santé mentale et utilisent leurs apprentissages de vie pour délivrer des services auprès d'autres usagers (Skills for Health, 2011 ; Caria, 2012).

Nous nous intéressons, dans ce chapitre, aux pairs-aidants embauchés dans des équipes cliniques multidisciplinaires du réseau institutionnel de santé mentale en tant que travailleurs pairs aidants ainsi qu'aux pratiques de soin qu'ils développent au sein des équipes, parfois en collaboration avec leurs collègues professionnels (travailleurs sociaux, infirmières et psychiatres). Assiste-t-on, du fait de leur présence, à un simple ajout d'une gamme de pratiques d'intervention ou à une véritable co-construction de nouvelles pratiques entre les pairs-aidants et leurs collègues ? Dans quelle mesure contribuent-elles, le cas échéant, à redessiner les contours de l'intervention psychosociale ?

Nous tenterons de répondre à ces questions en nous appuyant, d'une part, sur les constats de plusieurs études portant sur les pairs-aidants dans des équipes cliniques et, d'autre part, sur une recherche montréalaise documentant la participation de trois pairs-aidants dans un projet de recherche et d'intervention destiné à des personnes avec des problèmes de santé mentale et vivant ou ayant vécu dans la rue.

### **L'intervention par les pairs en santé mentale : des repères historiques**

L'intégration d'usagers ou d'anciens usagers des services dans les services institutionnels de santé mentale est un phénomène relativement récent bien que Davidson *et al.* (2012) fassent remonter ses racines à Pinel qui choisissait des aides auprès d'anciens patients à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. Jean-Baptiste Pussin, surintendant à l'hôpital Bicêtre de Paris où il avait été lui-même patient, est ainsi considéré comme le premier pair-aidant de l'histoire de la santé mentale moderne. Les premières expériences documentées d'intégration d'usagers des services de santé mentale dans des équipes cliniques du réseau public datent de la fin des années 1980 aux États-Unis. L'étude de Sherman et Porter (1991) porte sur l'embauche de dix-sept usagers employés en tant que *case management aides*. Dans les premiers temps, les usagers embauchés comme *case managers* (intervenants) n'avaient pas de certification et devaient répondre à trois critères : avoir reçu un diagnostic tel que défini par le DSM-III, avoir eu au moins une hospitalisation d'une

---

<sup>2</sup> Au Québec, le programme *Pair aidant réseau* exige des candidats à la certification de pair-aidant qu'ils soient rétablis depuis deux ans. Être rétabli ne signifie pas ne plus avoir de symptômes, mais avoir une stabilité résidentielle, professionnelle et sociale. Le rétablissement peut être compris comme la redécouverte d'une vie significative et heureuse au-delà des effets négatifs liés à la maladie mentale (Anthony, 1993).

durée minimale de 14 jours ou avoir utilisé l'urgence psychiatrique à cinq reprises au moins sur une période d'un an et recevoir des services de santé mentale sur une base régulière. Petit à petit, des programmes de certification de spécialistes pairs-aidants (*certified peer specialists*) se sont mis en place, comme c'est le cas dans l'État de la Géorgie où près de 900 pairs-aidants engagés dans les services publics et communautaires de santé mentale américains ont été formés depuis 2001 (GACPS, sans date).

Au Québec, depuis 2008, une certification de travailleur pair-aidant dans le domaine de la santé mentale inspirée de l'expérience de la Géorgie est délivrée par le programme *Pairs Aidants Réseau* (PAR) sous l'égide de l'*Association québécoise de réadaptation psychosociale* (Lagueux, Charles, et Harvey, 2008).<sup>3</sup> Auparavant, l'existence d'une entente de services entre le *Centre hospitalier Robert-Giffard* (aujourd'hui l'*Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec*) et un groupe d'utilisateurs de la région de Québec avait permis l'embauche du premier travailleur pair-aidant québécois dans le réseau public en 2005.

Les pairs-aidants sont mentionnés dans le Plan d'action en santé mentale du Québec de 2005 intitulé *La force des liens* qui recommande aux CSSS d'intégrer des pairs aidants dans 30% des équipes de suivi intensif (SI) et de suivi d'intensité variable (SIV) sur la période 2005-2010 (MSSS, 2005, p. 52), ce qui témoigne de la volonté politique de développer cette approche.<sup>4</sup> La présence de pairs-aidants est devenue un des éléments de la fidélité au modèle de SI (Musgrave, 2001 ; Thomson, Gélinas et Ricard, 2002) même si les équipes de SI et de SIV québécoises qui comptent un pair-aidant sont minoritaires. En 2016, une soixantaine de pairs-aidants certifiés travaillent dans les soins de santé et les services sociaux au Québec pour moitié dans le milieu institutionnel et pour moitié dans le milieu communautaire. Parmi les raisons qui expliquent cela, on trouve la relative nouveauté de ce rôle au sein des établissements de santé et de services sociaux, la culture professionnelle marquée par une certaine étanchéité des frontières entre soignants et soignés et le manque de budgets dédiés à l'embauche de ces intervenants.

---

<sup>3</sup> Les formations sont différentes d'un pays à l'autre. Au Québec, la certification PAR dure deux semaines (une semaine de formation et une semaine de stage) et est accessible aux personnes avec un diplôme d'études postsecondaires ou un diplôme secondaire si elles ont une expérience professionnelle pertinente dans le domaine. En France, le programme de formation des médiateurs de santé pairs (MSP) est un diplôme universitaire (DU) d'un an accessible à des personnes ayant deux ans de scolarité universitaire à moins qu'elles puissent témoigner de trois années d'expérience professionnelle pertinente. Ce critère a pour effet d'exclure les candidats faiblement diplômés ou/et sans expérience professionnelle. Des pairs-aidants sans formation sont parfois embauchés, mais la tendance semble être l'embauche de pairs-aidants certifiés. À Bologne, en Italie, les pairs-aidants engagés dans des ressources communautaires d'hébergement d'urgence destinées aux personnes les plus exclues n'ont pas de formation spécifique de pair-aidant (Bergamaschi, 2013).

<sup>4</sup> Le SI (aussi appelé PACT pour *Program for Assertive Community Treatment*) est une approche psychiatrique mise sur pied dans les années 1970 aux États-Unis lorsque Stein et Test ont déplacé une équipe de soins psychiatriques du *Mendota State Hospital* dans la communauté afin de réduire la durée des hospitalisations et de faciliter l'intégration sociale des usagers des services de santé mentale (Test, 1998). Cette façon d'intervenir a été introduite il y a une quinzaine d'années au Québec (Musgrave, 2013). Le SIV se trouve en première ligne et le SI en deuxième ligne du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce phénomène a une ampleur variable selon les provinces et pays. En Ontario, les équipes de suivi communautaire en santé mentale doivent également intégrer un travailleur pair à mi-temps depuis le début des années 2000 (White *et al.*, 2003). Aux États-Unis, une étude de 2006 de Goldstrom *et al.* estime à 10 000 le nombre de travailleurs pairs engagés pour donner du soutien à des usagers en santé mentale (cité par O'Hagan *et al.*, 2010, p. 123). En France, le premier programme expérimental de formation de médiateurs de santé pairs (MSP) a quant à lui pris fin en 2014 (Demailly *et al.*, 2014).

### **Les pratiques développées au sein des équipes cliniques**

L'intégration professionnelle des pairs-aidants dans les milieux de travail, les rôles qu'ils endossent ainsi que les pratiques qui sont mises en place sont relativement bien documentées dans la littérature, notamment aux États-Unis et en Angleterre, et commencent à l'être dans le monde francophone au Québec et en France. Ils sont le plus souvent employés en tant qu'intervenants réguliers dans les équipes de SIV et de SI, parfois avec des tâches spécifiques, comme l'établissement – en collaboration avec les usagers – du *Plan d'action pour le rétablissement de la santé* (PARS)<sup>5</sup> qui permet d'identifier les meilleures stratégies de maintien de la santé.

Sarradon-Eck *et al.* décrivent l'insertion de quatre MSP dans une équipe de santé mentale et d'itinérance de Marseille qui pratiquent le travail de rue, l'accompagnement au logement et assurent une présence dans un service hospitalier. Ils organisent des activités de groupe (entraide mutuelle, participation à un groupe de parole sur l'addiction à l'alcool) et ont créé une association des usagers au sein de l'hôpital auquel ils sont rattachés. Ces activités, que les auteurs rangent dans la catégorie de l'*advocacy*, contribueraient « dans l'institution et en dehors de celle-ci [à] équilibrer les pouvoirs entre usagers et professionnels » (2012, p. 187) ainsi qu'à informer et à éduquer les usagers des services à leurs propres problèmes de santé mentale. Le rapport d'évaluation du programme expérimental des MSP du Centre collaborateur français de l'OMS évoque également le rôle des pairs dans le suivi individuel autant que dans la mise en place d'activités de groupe (que ce soit des activités manuelles comme la poterie, mais aussi sorties des sportives thérapeutiques) et de défense des droits (Demailly *et al.*, 2014).

Ce rôle d'*advocacy* des pairs-aidants auprès des usagers est également documenté par Mead, Hilton et Curtis (2001), MIND (2010) et Beetlestone, Loubières et Caria (2011). Ces derniers, qui ont observé le travail de pairs dans une maison des usagers des services psychiatriques rattachée à un hôpital parisien, notent qu'ils poussent parfois les usagers à « assumer une position de partenaire de leur médecin » et les incitent à négocier une médication mieux adaptée à leurs besoins (p. 149). Les pairs aidants contribueraient à assurer la promotion du rétablissement et de l'*empowerment* ; terme que Beetlestone, Loubières et Caria définissent comme la « participation active des usagers dans les décisions qui concernent leur prise en charge thérapeutique et les choix influençant leur vie quotidienne » (2011, p. 150). Cependant, ils le feraient dans le respect d'un cadre médical d'intervention qui est négocié à la marge au sein des rencontres d'équipe.

---

<sup>5</sup> Traduction française du *Wellness Recovery Action Plan* élaboré par Copeland (1997)

Au Québec, jusqu'à présent, une seule étude documentait le travail des pairs-aidants dans des équipes de SI et de SIV du réseau public et communautaire de la santé et des services sociaux (Provencher *et al.*, 2011). Ses auteurs mettent de l'avant le rôle de réseautage des pairs aidants dans quatre des six équipes qu'ils ont étudiées. Par exemple, dans une équipe, la connaissance du milieu communautaire d'un pair-aidant a permis d'établir des collaborations inédites avec des partenaires communautaires (2011, p. 307). Les pairs-aidants joueraient également un rôle dans l'adoption d'un langage moins stigmatisant à l'égard des usagers. Un intervenant interrogé par Provencher *et al.* dit moins recourir aux diagnostics psychiatriques et embrasser une vision plus globale de la santé des participants depuis qu'il travaille avec un pair-aidant :

[J]e suis moins pogné sur les diagnostics. Oui, un diagnostic c'est beau, mais il y a un être humain en arrière de ça (...) Et de faire attention comment on en parle aussi. Moi dans mon cas, [le pair-aidant] est dans mon bureau. Je ne peux pas dire que c'est un schizo, un ci, un ça. Là, je vais plutôt dire telle caractéristique au lieu de dire c'est un schizo, un TPL [trouble de personnalité limite]. (2011, p. 305)

Les pairs-aidants participeraient à une « sensibilisation accrue [des intervenants] face à des préjugés auxquels l'utilisateur est confronté ou bien à une vision plus globale de la personne, débordant du cadre de la maladie » ainsi qu'à la « croyance renouvelée ou bien renforcée à l'égard du rétablissement des usagers » (p. 303).

La mise de côté des diagnostics et l'attention à la possible stigmatisation des usagers suite à l'intégration de pairs-aidants dans les équipes cliniques sont également relevées par Mead et MacNeil (2006). Ces derniers notent que les intervenants d'une équipe ont progressivement parlé de ce que vivaient les usagers des services en s'appuyant sur l'expérience de ces derniers plutôt qu'en termes de symptômes.

Dans certains cas, ils contribueraient même à un dépassement de l'approche médicale fondée sur les concepts de fonctionnement, diagnostics, traumatismes, handicaps pour envisager les difficultés rencontrées par les personnes dans un cadre social et environnemental plus large. McLean *et al.* en donnent une illustration à propos d'un coordonnateur d'équipe qui rapporte des interactions d'équipe dans laquelle un pair-aidant, en demandant des précisions sur ce que signifie certains termes, pousse les intervenants à développer une réflexivité par rapport au langage clinique « très orienté d'un point de vue médical » et aux points aveugles de celui-ci :

*[D]ans nos rencontres d'équipes, on ne peut pas s'empêcher de tomber de le langage professionnel et le pair de demander : « Eh bien, qu'est-ce que cela veut dire au fait ? Qu'essayez-vous de dire ? (...) » ça vous rend conscient. Ça vous rend juste conscient à quel point c'est facile de se retrouver enfermé dans sa façon de penser.*<sup>6</sup> (2009, p. 42)

---

<sup>6</sup> Notre traduction : « [I]n our team meetings we can't help fall into the language of professional background and for [the peer] saying : "Well, what does that actually mean ? What are you trying to say there ? (...)" It just makes you aware. Just keeps you aware of how easy it is to become enclosed in your thinking. (2009 : 42)

## Un cas d'étude montréalais

À Montréal, trois intervenants pairs-aidants ont été embauchés à temps partiel dans chacune des trois équipes cliniques du projet Chez Soi, un projet de recherche et de démonstration financé par la Commission pour la santé mentale du Canada (2009-2013)<sup>7</sup>. Ces équipes (deux de SIV et une de SI) assuraient un soutien psychosocial à des personnes présentant des troubles dits sévères et modérés de santé mentale et ayant un vécu de la rue. Leur présence dans les équipes a fait l'objet d'une étude qualitative d'une durée de deux années au cours desquelles nous avons réalisé trois entrevues de groupe réunissant les intervenants des trois équipes cliniques (hors intervenant pair aidant) et 25 entretiens individuels avec les pairs-aidants, leurs collègues professionnels (dont une majorité de travailleurs sociaux, deux psychiatres, des infirmières, des psychoéducateurs et des intervenants formés en psychologie et en criminologie) et les trois responsables des activités cliniques des équipes rencontrés<sup>8</sup> (Godrie, 2015a).

Ces entrevues avaient pour but de cerner la spécificité de la contribution des pairs-aidants au regard de celle de leurs collègues professionnels. Au cours des entrevues avec les pairs-aidants, nous leur avons demandé de faire le récit de leurs trois dernières interventions et de relever les différences qu'ils constataient entre leur pratique et celle de leurs collègues. Nous avons demandé aux professionnels de caractériser les interventions des pairs-aidants dont ils avaient été témoins, notamment au regard de leur propre façon d'intervenir. Ce travail de différenciation entre les professionnels (malgré la diversité de leurs disciplines) et les pairs-aidants s'est avéré fécond et nous a permis de documenter une quinzaine de pratiques de soin consolidées ou développées à la suite de la présence des pairs aidants au sein des équipes. Nous développons ici quatre d'entre elles.

### *Prendre le pouls de la santé mentale d'un participant*

Les pairs-aidants sont considérés comme de bons détecteurs, à l'image d'un sismographe qui peut capter les mouvements infimes du sol, de l'état de santé de la personne. Leurs collègues leur reconnaissent un œil particulièrement aiguisé pour repérer les symptômes naissants et possiblement annonciateurs d'une crise. Pour ces raisons, ils sont parfois envoyés chez un participant pour prendre le pouls de la situation, comme le rapporte la responsable des activités cliniques de l'équipe de SI :

Des fois, on en utilise un, entre autres, dans des situations un peu plus... On va aller évaluer l'état mental de quelqu'un. Écoute, je ne peux pas avoir meilleure personne qu'un pair-aidant. C'est comme... tu ne te trompes pas, tu y vas et tu as l'heure juste. Ils reconnaissent ça, ils savent, ils ont la lecture, ils ont cette lecture fine, ils n'ont pas besoin de mettre des grands mots scientifiques, ça, c'est intéressant.

### *La connaissance des ressources alternatives dans le champ de la santé mentale*

Les pairs-aidants tendent, dans la mesure du possible, à privilégier des solutions

---

<sup>7</sup> Ce projet a notamment démontré que pour chaque tranche de 10 dollars investis dans l'intervention Logement d'abord pour les participants des groupes SIV se traduit par des économies de 9,60 dollars (CSMC, 2014) en raison de la baisse relative à l'utilisation de certains services.

<sup>8</sup> Les pairs-aidants et les intervenants avec lesquels ils interagissaient le plus souvent ont été interviewés à plusieurs reprises afin de mieux cerner les pratiques développées.

« alternatives » à la prise en charge psychiatrique par les urgences de l'hôpital, en recommandant à la personne des ressources d'entraide, un centre de crise ou en lui proposant de consulter son médecin et de l'y accompagner si la personne en ressent le besoin.

Les pairs-aidants sont présentés par leurs collègues comme les références des équipes en matière de connaissance des ressources alternatives en santé mentale et de défense des droits des usagers des services : « On ne connaît pas beaucoup ce milieu où les gens peuvent avoir une place et une identité citoyenne et une prise de parole dans le sens du rétablissement ou en dehors de la maladie. » (Intervenante, discussion collective, équipe SI) Une responsable des activités cliniques d'une équipe raconte le cas d'un participant qui s'est retrouvé en prison et à propos duquel les intervenants – qui trouvaient la situation injuste – se demandaient quoi faire. C'est un pair-aidant qui a suggéré une ressource communautaire par et pour les usagers afin d'enclencher des procédures : « Et le pair-aidant dit *Action Autonomie*. Oui, comment ça, on n'avait pas pensé à ça ? Et la démarche est enclenchée. »

#### *Ouvrir un espace de discussion sur la médication et prescrire au besoin*

Une paire-aidante d'une équipe se montre parfois réticente face aux prescriptions de médicaments pour les patients et encore plus lorsqu'il s'agit de faire la demande d'ordonnances de traitement, ce qui a conduit la psychiatre à expliquer les raisons pour lesquelles elle juge pertinent de prescrire des médicaments. Dans certains cas, en apportant des observations sur le quotidien de la personne, la paire-aidante a suscité des discussions d'équipe qui ont eu pour effet de faire changer d'avis la psychiatre et de lui faire prescrire les médicaments « au besoin » plutôt que de manière obligatoire, en laissant une période d'observation pour voir l'évolution de l'état de la personne : « C'est arrivé, à sa suggestion, qu'on a décidé d'attendre et qu'on a mis des PRN<sup>9</sup>. Il y avait son opinion et toute l'équipe pour dire : "Moi à domicile, j'ai vu telle chose", "Moi, elle m'a dit que." »

La psychiatre note que d'autres intervenants partagent aussi un souci de prescrire le moins de médicaments possible parce que c'est dans leurs valeurs ou parce qu'ils ne connaissent pas la médication. Elle apprécie que les deux pairs-aidants avec lesquels elle collabore soient capables, lors des discussions cliniques, de lui dire qu'ils ne sont pas d'accord avec elle. À ses yeux, cela favorise la mise en perspective des différents points de vue et pousse chacun à mieux se positionner :

« C'est parfait, nous allons en rediscuter. » Et ça me permet de voir quelles sont les limites où je peux aller et [ça oblige] à se repositionner, à expliquer pourquoi et, peut-être, à faire un repli stratégique. « Vous êtes tous d'accord ? On met PRN. » Et si on en a besoin dans telle et telle circonstance, on lui donne et on se donne deux semaines pour voir ce qu'il en est.

#### *Considérer les diagnostics comme des perspectives diagnostiques*

Cette même psychiatre constate qu'avec le temps la présence d'une paire-aidante l'a amené à parler différemment des personnes et à transformer sa pratique. Plutôt que d'aller

---

<sup>9</sup> *Pro re nata* est une expression latine qui, dans le domaine médical, signifie « au besoin ».

consulter directement le diagnostic du participant et de l'annoncer, elle en prend connaissance ou ne le mentionne qu'après les discussions cliniques. Si elle le mentionne, c'est comme un élément parmi d'autres pour comprendre la situation de la personne. Ainsi, la personne n'est pas « schizophrène » ; il s'agit plutôt d'une personne qui « en 1990, à tel hôpital, a été diagnostiquée schizophrène ». Ce changement de perspective introduit la possibilité que le diagnostic ne soit plus le même aujourd'hui ou qu'il ne soit plus pertinent pour comprendre la personne sur le plan clinique, rejoignant le souhait des pairs de mettre de côté le diagnostic comme un élément essentiel pour comprendre la personne, ce qu'ils jugent anti-rétablissement et stigmatisant. Comme le répètent souvent les pairs-aidants : « On a un diagnostic, on n'est pas un diagnostic. »

La psychiatre a remarqué que même si des intervenants trouvaient le diagnostic d'une personne peu éclairant, voire trompeur dans l'intervention, ils ne le lui signalaient généralement pas, car ils pensent qu'il est vrai – il a été donné par un médecin – et pourrait être pertinent à un autre moment. Elle considère désormais les diagnostics comme des « perspectives diagnostiques » qui éclairent le plus souvent la situation, mais qui sont parfois potentiellement trompeurs ou qui n'apportent pas toujours des éléments pertinents dans la situation. Plutôt que de faire correspondre ses impressions cliniques à un diagnostic, celui-ci est désormais pris comme un élément parmi d'autres dans la délibération clinique d'équipe : « Maintenant je dis : "J'ai lu un résumé, voilà des perspectives diagnostiques, est-ce que c'est ça ?" Peut-être que c'était ça quand la personne était toxicomane, mais que ce n'est pas vraiment ça le diagnostic ? »

Plusieurs intervenants ont également fait part de l'inconfort qu'ils ressentaient à se référer aux diagnostics, notamment parce qu'ils constataient qu'à leur lecture ils n'étaient pas plus avancés pour intervenir, voire qu'ils pouvaient les conduire à moins être à l'écoute du vécu des patients. La mise à l'écart des diagnostics portée par les pairs-aidants a ainsi trouvé un écho favorable auprès d'eux.

Parmi les autres pratiques recensées au cours de l'étude, on trouve les suivantes : adopter un vocabulaire moins stigmatisant, intégrer les observations plus « concrètes » sur le vécu et le quotidien de la personne faites par les pairs-aidants dans les discussions cliniques d'équipe, ouvrir un espace de réflexion sur l'autorité et la décision en psychiatrie, promouvoir des pratiques centrées sur la responsabilisation des participants en soulignant l'attitude parfois trop protectrice des intervenants et rappeler l'importance de se tenir à l'écoute des besoins tels qu'ils les formulent.

De l'avis des pairs-aidants et de leurs collègues, ces éléments contribuent à offrir une intervention plus respectueuse des besoins des patients et permettent d'élaborer collectivement des plans de soin inédits. Comme le mentionne la psychiatre, la pluralité des perspectives expérientielles et professionnelles au sein des équipes permet d'être plus « créatif et innovateur » pour mettre en place des plans de soin inédits.

### **Conclusion : transformer l'intervention et co-construire les pratiques**

Les constats réalisés à Montréal rejoignent ceux réalisés dans d'autres contextes tout en apportant de nouveaux éléments. Les pairs-aidants mettent l'accent sur la prise en compte du vécu des participants dans l'élaboration du plan de soin et – en permettant notamment à ces derniers de mieux exprimer leurs besoins – contribuent à leur prise de pouvoir sur



leur problèmes de santé mentale (Mead, Hilton et Curtis, 2001 ; Beetlestone, Loubières et Caria, 2011 ; Sarradon-Eck *et al.*, 2012). Nous rejoignons également les constats de Provencher *et al.* (2011) qui ont noté le rôle de pont des pairs-aidants avec le milieu communautaire par le biais des références vers les ressources alternatives en santé mentale dans notre cas ainsi que ceux Mead et MacNeil (2006) et de McLean *et al.* (2009) qui situent la contribution des pairs-aidants dans le développement d'une réflexivité professionnelle de la part de leurs collègues qui sont amenés à s'interroger sur les limites des outils diagnostics et leur effet possiblement stigmatisant. Ce faisant, leurs collègues peuvent choisir de se distancer, voire de mettre à l'écart les outils diagnostics. Au final, les transformations apportées au cadre médical nous apparaissent moins marginales que celles observées par les auteurs des études que nous avons rapportées.

L'analyse de l'intégration de trois pairs-aidants dans trois équipes cliniques SIV et SI que nous proposons approfondit la compréhension du rôle de ces intervenants. En contribuant à l'évaluation de la santé mentale des patients, à la référence des patients vers des ressources alternatives aux ressources institutionnelles, à l'ouverture d'espaces de discussion sur la médication au sein des équipes cliniques et avec les patients et, enfin, à la mise de côté des étiquettes diagnostics pour comprendre le vécu de ces derniers, ils exercent une action sur deux dimensions centrales de la psychiatrie contemporaine, à savoir le diagnostic et la prescription de médicaments, ainsi que sur l'élaboration du plan de soins.

Certaines de ces pratiques s'ajoutent à l'éventail des pratiques disponibles au sein des équipes (par exemple, l'évaluation de la santé mentale d'un patient par les pairs-aidants), tandis que d'autres sont de véritables co-construction au croisement des savoirs expérientiels et professionnels de la santé mentale. C'est le cas de l'ouverture d'un espace de discussion sur la médication qui répond aussi bien aux besoins des patients rapportés par les pairs-aidants et aux propres constats réalisés par ces derniers au cours de leur trajectoire de soins, qu'à ceux de leurs collègues qui souhaitent redonner aux patients davantage de prise sur leur propre existence. Celles-ci contribuent à changer le visage de l'intervention clinique et à faire bouger les lignes existantes entre soignants et soignés ainsi qu'expert et non expert.

Nous avons décrit ces pratiques comme des pratiques de soin pour ne pas réduire celles-ci à des pratiques médicales. Si certaines d'entre elles le sont, comme l'évaluation de la santé mentale d'un participant, d'autres semblent en revanche des pratiques qui préviennent ou réduisent la médicalisation, comprise comme le fait de considérer la personne sous l'angle de sa pathologie. C'est le cas de la référence vers des ressources alternatives aux ressources institutionnelles dans le domaine de la santé mentale, de la mise de côté des diagnostics et de l'emploi d'un langage du quotidien pour décrire la situation des participants.

Les transformations introduites peuvent-elles s'étendre à d'autres milieux et se pérenniser sans perdre leur dimension critique ? Jusqu'à présent, nos propres recherches indiquent une relative fermeture des institutions publiques de santé vis-à-vis des approches alternatives en santé mentale mises de l'avant par des groupes par et pour les usagers des soins et services (Godrie, 2015b). Ce constat est cependant contrebalancé par une présence accrue des pairs-aidants dans les équipes cliniques des services hospitaliers et,

de plus en plus, dans des instituts universitaires de recherche en santé mentale et dans le milieu de l'enseignement et de la recherche où leurs savoirs expérientiels manquent particulièrement.

## Références

AGIDD-SMQ (2008). *L'entraide, reprendre sa voie dans La promotion-vigilance : Avec et pour moi... des pratiques à partager !*, Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, 14p. Url : [http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/cadre\\_promovigiavecetpoumoi.pdf](http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/cadre_promovigiavecetpoumoi.pdf).

Anthony, W. (1993). « Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s », *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 16, No. 4, p. 11-23.

Beetlestone, E., Loubières C., et A. Caria (2011). « Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques », *Santé Publique*, Hors Série, No. 23, p. 141-153.

Bellot, C., Rivard, J. et É. Greissler (2010). « L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de rue », *Criminologie*, Vol. 43, No. 1, p. 171-198.

Bergamaschi, M. (2013). *Des pairs-aidants dans les ressources d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance en Italie*, Conférence midi au CREMIS, Montréal, 19 septembre.

Bradstreet, S. (2006) « Harnessing the "lived experience". Formalising peer support approaches to promote recovery. », *The Mental Health Review*, Vol. 11, No. 2, p. 33-37.

Caria A. (2012). « La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions », dans Guelfi, J.-D. et F. Rouillon (dir.), *Manuel de Psychiatrie 2e édition*, Elsevier-Masson, p. 752-759.

Chamberlin, J. (1979) [1978]. *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*, New York : McGraw-Hill Companies.

CSMC (2014). *Rapport final du projet Chez Soi. Projet pancanadien*, rapport rédigé par Goering, P., Veldhuizen, S., Watson, A., Adair, C., Kopp, B., Latimer, E., Nelson, G., MacNaughton, E. et D. Streiner, Commission de la santé mentale du Canada, 48p.

Copeland, M. E. (1997). *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro, VT : Peach Press.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. et R. Miller (2012). « Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience », *World Psychiatry*, Vol. 11, No. 2, p. 123-128.

Demailly L., Bélart C., Déchamp Le Roux C. et al. (2014), *Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée*, Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, 75p.

Demailly, L. et N. Garnoussi (2015). « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style », *Sciences et actions sociales* [en ligne], n°1.

GACPS (Georgia Certified Peer Specialist Project) Page d'accueil consultée en ligne le 5 janvier 2016 <http://www.gacps.org/>.

Godrie, B. (2015a). « Savoirs expérientiels et savoirs experts. Un projet expérimental dans le champ de la santé mentale. », Thèse de doctorat de sociologie, Université de Montréal, septembre, 468 p.

Godrie, B. (2015b). « La participation publique favorise-t-elle l'empowerment ? Un état des lieux au Québec et dans le monde anglo-saxon », *Sciences et actions sociales* [en ligne], n°1, mis en ligne le 16 avril 2015, URL : <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers/17-la-participation-publique-favorise-t-elle-l-empowerment-un-etat-des-lieux-au-quebec-et-dans-le-monde-anglo-saxon>.

Lagueux, N., Charles, N. et D. Harvey (2008). *Guide de référence à l'usage des ressources embauchant des pairs-aidants*, Programme québécois Pairs aidants Réseau.

Mancini, M.A. & Lawson, H.A. (2009). « Facilitating positive emotional labor in peer-providers of mental health services. » *Administration in Social Work*, Vol. 33, No. 1, p. 3-22.

Mensah, M.-N., Thiboutot, C. et L. Toupin (2011). *Luttés XXX. Inspirations du mouvement des travailleuses du sexe*, Montréal : Les Éditions du remue-ménage, 456 p.

Mead, S., Hilton, D., et L. Curtis (2001). « Peer support : A theoretical perspective », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol. 25, No. 2, p. 134–141.

Mead, S., et C. MacNeil (2006). « Peer Support: What Makes It Unique ? », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, Vol. 10, No. 2, p. 29-37.

MIND (2010). *Advocacy in Mental Health*, National Association for Mental Health, Londres, 16p.

Morin, P. (2011). « L'influence des personnes usagères dans l'organisation des services de santé mentale au Québec : rôle des regroupements provinciaux Parallèle avec les mouvements américain et canadien », *Le Partenaire*, Vol. 20, No. 2, p. 15-20.

Musgrave, I., (2001), *Regional and Provincial Implentation and compliance Guidelines for Assertive Community Treatment Teams*, Ministry of Health and Long Term Care, Province of Ontario.

Musgrave, I. (2013). « L'évolution du modèle PACT depuis les 30 dernières années », Colloque 15e anniversaire des équipes de suivi intensif, CNESM, Institut Universitaire en santé mentale Douglas, 19 avril.

O'Hagan, M., Cyr, C., McKee H. et R. Priest (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs*. Rapport présenté au comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada, Septembre, 154p.

Perreault, M., Komaroff, J., Côté, F. et P. Lauzon (2013). « Mot de présentation : l'approche par les pairs dans le domaine de la toxicomanie », *Drogues, santé et société*, Vol. 12, No. 1, p. i-vi.

Provencher, H., Gagné, C., 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*.

Québec : Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), Programme de subventions à l'expérimentation, 352 p

Salzer, M.S. (1997). « Consumer empowerment in mental health organizations: Concepts, benefits, and impediments ». *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 24, p. 425-434.

Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C. Simonet, E. et B. Staes (2012). « Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et Politiques*, Vol. 67, printemps, p. 183-199.

Sherman, P.S. et R. Porter (1991). « Mental health consumers as case management aides », *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 42, No. 5, p. 494-498.

Skills for Health (2011). *Peer support roles in the mental health workforce - examples of current practice Recognising the benefits of "lived" experience*, rapport no. 9, 47 p. [www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk), consulté en ligne le 5 janvier 2016.

Stella (2014). *Créer des trajectoires gagnantes pour l'implication des pairEs en prévention des ITSS : que nous disent les expériences montréalaises ?*, Montréal : Stella, l'amie de Maimie. Projet financé par la DSP et l'ASSS de Montréal, 122p.

Test, M.A. (1998) « Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes », *Santé mentale au Québec*, Vol. 23, No., 2, p. 119-147.

Thomson, D. A., Gélinas, D. et N. Ricard (2002). « Le modèle PACT : Suivi dans la communauté des personnes atteintes de troubles mentaux graves », *L'Infirmière du Québec*, Septembre-octobre, Vol. 10, No. 1, p. 26-36.

White, H., Whelan, C., Barnes, J. D., et B. Baskerville (2003). « Survey of consumer and non-consumer mental health service providers on assertive community treatment teams in Ontario », *Community Mental Health Journal*, Vol. 39, No. 3, p. 265–276.