

Bibliographie

- Demally L., *Politiques de la relation : approche sociologique des métiers et des activités professionnelles relationnelles*, Villeneuve d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion, 2008.
- Duschene D., *Donner sans compter : les bénévoles au Canada*, Ottawa, Statistiques Canada, 1989.
- Gardien E., « La pairémulation dans le champ du handicap : Histoires, pratiques et débats en France », *Rhizome*, 2010, 40, p. 2-3.
- Honneth A., *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Éd. du Cerf, 2000.
- Proureau L., « Les figures du bénévolat », *Recherches et prévisions*, 2001, 63, p. 19-32.

Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants

Baptiste Godrie
Ph. D. en sociologie, professionnel de recherche
au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales,
les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS).

Introduction

Dès lors que l'on aborde l'enjeu de la professionnalisation des pairs dans le domaine de la santé mentale, une des craintes nommées dans la littérature scientifique et les milieux de pratique depuis presque 40 ans est qu'en intégrant des équipes du réseau institutionnel de services, ils se distancient de l'expérience des usagers et que leur savoir d'expérience perde en authenticité, affectant ainsi la relation d'entraide qui se développerait dans le partage et la réciprocité entre pairs (Stückley, 2006 ; Girard *et al.*, 2010 ; Repper, Carter, 2011 ; Faulkner, Basset, 2012). Dès 1976, Borkman analyse la tension entre le savoir d'expérience, qui est holistique, et le savoir professionnel, qui tend à être spécialisé. Plus les pairs aidants se professionnaliseraient, plus ils se spécialiseraient, perdant ainsi l'approche globale et l'attention au quotidien des participants qui les caractérisent. Dans d'autres études, la professionnalisation est présentée comme un processus incontrournable aux yeux de certains intervenants afin que les pairs aidants gagnent leurs galons d'intervenants professionnels ayant un recul suffisant par rapport à leur expérience (McLean, Biggs, Whitehead, Pratt, Maxwell, 2009 ; O'Hagan, Cyr, McKee, Priest, 2010 ; Walker, Bryant, 2013).

L'enjeu de la professionnalisation est d'autant plus intéressant dans le cas des pairs aidants qu'il s'agit, au Québec, d'un statut relativement récent – les premiers pairs aidants ont reçu leur certification en 2008 – et qu'il n'existe pas encore de reconnaissance du titre d'emploi dans le réseau public dans la santé et des services

sociaux¹. Également, peu d'études documentent et analysent l'intégration professionnelle des pairs aidants au Québec – hormis celle de Provencher, Gagné et Legris (2011).

Cet article vise à clarifier certains des enjeux entourant cette controverse sur la professionnalisation des pairs aidants² à partir d'un cas d'étude : l'embauche de trois pairs aidants dans les trois équipes cliniques de suivi intensif (SI) et suivi d'intensité variable (SIV) du projet *Chez Soi* Montréal (2009-2013). *Chez Soi* est un projet expérimental de recherche et d'intervention de type *Logement d'abord* dans le domaine de la santé mentale et de l'itinérance. Il vise à donner un accès direct au logement et un soutien clinique à des personnes qui vivent dans la rue avec des problèmes de santé mentale (CSMC, 2014).

Sur la base des entretiens réalisés auprès de trois pairs aidants et de leurs collègues intervenants et gestionnaires de trois équipes cliniques de SI et de SIV, nous disons trois rôles accordés aux pairs aidants embauchés auxquels correspondent trois processus d'intégration des pairs dans les équipes³. Ces processus, qui sont souvent confondus dans la littérature, accordent chacun un statut particulier aux pairs et à leur savoir. Ils se déroulent en parallèle et entrent en tension tout au long du projet.

Médiation entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels de la maladie

Affiner la compréhension du vécu des participants

« Vulgarisateurs », « traducteurs », « passeurs de frontières », « courroie de transmission » ou encore « *insiders* » : parce qu'ils partagent une expérience commune avec les participants, des interviewés se réfèrent aux pairs comme à des médiateurs ainsi qu'en témoigne la multitude de termes utilisés pour les désigner. Les pairs permettent aux intervenants de mieux comprendre ce que vivent les participants du projet, de se rapprocher de l'expérience qu'ils vivent et de mettre sur pied des interventions qui sont perçues comme plus pertinentes et répondant mieux aux besoins des personnes. Ce rôle d'intermédiaire rejoint la caractérisation des pairs

1. – Ils sont le plus souvent engagés par des organismes communautaires et travaillent dans le réseau public par l'intermédiaire de « prêts de services ».

2. – Les pairs aidants du Québec reçoivent une formation de deux semaines reconnue par l'Université Laval et dispensée par le *Programme pairs aidants Réseau de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale*. La formation est axée sur l'apprentissage de l'approche du rétablissement (*recovery*). Pour être qualifiés à cette formation, ils doivent avoir une certaine distance par rapport à leur propre expérience des problèmes de santé mentale (être considérés comme « rétablis », c'est-à-dire stables sur le plan clinique, social et professionnel), avoir l'envie de travailler dans le réseau public ou communautaire de la santé mentale et avoir une certaine expérience – bénévole ou professionnelle – dans ce domaine. À ce jour, 134 pairs aidants ont reçu la formation et près de 60 sont en poste dans le réseau de la santé et des services sociaux.

3. – Ces entretiens qualitatifs ont été réalisés à l'occasion d'un terrain de doctorat de deux ans. Ils consistent en une vingtaine d'entretiens individuels et trois discussions de groupe avec les membres des équipes cliniques. Nous avons ensuite procédé à une analyse thématique transversale du contenu des entretiens.

comme médiateurs, « interprètes » (Sarradon-Eck *et al.*, 2012, p. 189), « ponts » (Griffiths, Jo. Christensen, 2004, p. 196) ou « passerelles » selon l'expression d'une paire aidante (Pluvier, 2010, p. 14) entre l'univers des usagers et celui des intervenants. C'est également sur cette dimension qu'insiste l'appellation française de « médiateurs de santé pairs ».

Les clés qui ouvrent les portes entre ces deux univers ne seraient pas susceptibles d'être transmises par les pairs aidants à leurs collègues dans la mesure où leur savoir expérientiel est incorporé et que leur compétence « leur colle à la peau », selon l'expression de Pasquier & Rémy (2008).

Rôle secondaire et opportunisme

La facilitation de l'accès des membres du projet au vécu des participants par les pairs est un rôle nommé de manière positive par les pairs et leurs collègues, permettant d'améliorer la prise de décision clinique, d'affiner les analyses scientifiques et de discuter de l'organisation des services au regard de l'expérience de vie des pairs. Ce rôle n'est pas exempt de difficultés dans l'intervention et la gouvernance comme en témoignent les expressions « utiliser » et « se servir » et « un pair mentionnées par des interviewés. Dans l'intervention, un intervenant a fait appel à un pair-aidant pour qu'il réalise un suivi court centré sur la médication avec un des participants de son *caseload* qui refuse d'en prendre. Selon le pair-aidant, le besoin évalué par l'intervenant n'était pas celui exprimé par la personne et son suivi s'est enligné – grâce à la marge de manœuvre qu'il avait – sur d'autres préoccupations décidées en collaboration avec le participant. Sans cette marge de manœuvre, le pair-aidant pourrait se retrouver en position d'exécuter des tâches délimitées par les intervenants et jugées moins valorisantes ou requérant moins de qualification. Cette façon de faire contribuerait à créer un rapport hiérarchique entre intervenants au sein même de l'équipe. L'envoi d'un pair à domicile pour qu'il évalue l'état de santé d'un participant est un autre exemple de cet « usage » possible des pairs aidants. McLean, Biggs, Whitehead, Pratt & Maxwell *et al.* donnent également un exemple d'intégration instrumentale des pairs lorsque ces derniers sont envoyés à domicile pour « persuader » les usagers d'adopter un comportement que les intervenants réguliers n'ont pas réussi à leur faire adopter (2009, p. 32).

Cette situation ne semble pas poser problème aux yeux des pairs qui en parlent puisqu'elle repose sur la mise à contribution de leurs compétences spécifiques en tant que pairs aidants. Cependant, elle ouvre la porte à ce qu'ils soient considérés comme des intervenants secondaires avec un suivi ciblé et limité dans le temps des dossiers et que l'on fasse insuffisamment appel à eux comme cela a été documenté par Provencher, Gagné et Legris (2011) dans des équipes cliniques au Québec. Ce premier processus se déroule concurremment avec un second, grâce auquel les pairs dépassent le simple rôle d'intermédiaire et acquièrent progressivement une expérience professionnelle et un statut d'égal à égal.

La familiarisation avec les standards d'intervention

La familiarisation des pairs aidants avec les standards d'intervention dans le projet est un processus par lequel ils acquièrent des compétences fondamentales dans la relation d'aide et la connaissance du milieu de la santé et des services sociaux, comprennent, adoptent parfois un vocabulaire clinique et s'approprient les enjeux des univers de l'intervention, ce qui leur donne une légitimité pour intervenir dans les rencontres d'une équipe clinique.

Les traits du professionnel

Du point de vue des intervenants du projet, le principal obstacle à la reconnaissance des pairs aidants comme professionnels se situe dans la maîtrise de la distance à établir avec les participants. Ce terme recouvre – dans les exemples d'intervention qu'ils donnent, ainsi que dans la description de leur travail et de celui de leurs collègues pairs aidants – une série de cinq comportements qui sont opposés à des attitudes qualifiées de non professionnelles : maîtriser ses émotions par opposition à se laisser dominer par ses émotions ; manifester une attitude empathique qui se traduit par un jugement clinique objectif par opposition à l'attitude sympathique qui repose sur une identification avec le participant et qui se traduit par un biais favorable et spontané à l'égard des participants ; ne pas divulguer d'expériences personnelles en lien avec la toxicomanie, la santé mentale ou l'itinérance dans la relation avec les participants par opposition à se dévoiler, divulguer ces expériences ; reconnaître ses propres signes d'épuisement professionnel par opposition à ne pas connaître ses limites personnelles, rechuter et tomber en arrêt maladie ; respecter un code d'éthique professionnel qui défend, entre autres, de devenir ami avec un participant par opposition à ne pas avoir une conscience claire de la frontière à maintenir avec les participants.

Cette deuxième série d'attitudes ne favoriserait pas un réel travail clinique avec la personne, mais relèverait plutôt de l'entraide et du soutien amical, comme le pense un intervenant d'une équipe qui juge qu'il va être moins crédible auprès d'un participant s'il lui dit qu'il a lui-même connu des problèmes de santé mentale. Elles nuisent également à la dynamique d'équipe dans le cas où une décision à propos d'un participant crée une tension parce que le lien amical rend la décision de l'équipe plus dure à accepter. La capacité à construire une barrière entre soi et les participants pour ne pas que leurs problèmes affectent les intervenants dans leur vie personnelle est définie comme la marque par excellence de l'intervenant professionnel. La maîtrise de cette frontière est cruciale à leurs yeux, car garante de la distinction entre l'intervenant et l'usager.

N'importe quel intervenant peut avoir vécu un traumatisme qui le rend difficilement capable d'intervenir dans une situation donnée ou se trouver dans une situation qui le confronte à ses propres valeurs, mais ce cas de figure a d'autant plus de chances de se produire dans le cas des pairs aidants en raison de leur parcours. Ces derniers ont surmonté ou vivent encore avec des troubles de santé mentale, ont

parfois vécu dans la rue pendant des années ou connu le cycle toxicomanie/pauvreté/logement écaire/rue, avec tout ce qu'il comporte en frais de stigmatisation et de discrimination, et ils interviennent auprès d'une population de personnes qui ont vécu le même type de problème. De par leur proximité expérientielle avec les participants, ils seraient ainsi plus susceptibles que les autres intervenants de se retrouver en tension entre leur rôle d'intervenant pair-aidant et celui de pair ayant un rapport d'égal à égal avec le participant et de se voir ramenés à leurs problèmes.

Remédier aux problèmes soulevés par la proximité expérientielle

Les effets de ce processus de professionnalisation sont contrastés. Une partie de nos constats s'inscrit à la suite des auteurs qui en soulignent les effets positifs, notamment la capacité des pairs à mieux gérer la distance avec les participants (McLean, Biggs, Whitehead, Pratt, Maxwell, 2009 ; O'Hagan, Cyr, McKee, Priest, 2010 ; Walker, Bryant, 2013). Nous nous référons en particulier à l'enquête de Faulkner et Basset pour qui l'intégration des pairs aidants dans les équipes cliniques contribue à ancrer un « *judicious use of boundaries* » dans la relation avec les usagers (2012, p. 45). Une gestionnaire du projet *Chez Soi* constate que les intervenants ont aidé les pairs « à développer leurs compétences en relation d'aide comme professionnels ». La supervision clinique – dont le rôle positif est abondamment souligné dans la littérature – contribue à évacuer une partie de la charge émotionnelle des interventions et à outiller les intervenants dans la gestion des enjeux liés à la proximité expérientielle. Un niveau de rétablissement avancé est également cité comme un facteur favorisant une bonne gestion de la proximité expérientielle. Le bagage expérientiel des pairs aidants – aussi important soit-il – ne suffit pas, seul, à les qualifier comme des intervenants et des interviewés insistent sur la maîtrise qu'ils doivent posséder des outils cliniques comme le souligne un chef d'équipe de SI : « [Q]uand tu travailles en intervention, que tu l'aies vécu ou pas, il y a des bases à connaître et ça te permettra de travailler peu importe la situation ».

Un des pairs aidants est considéré comme un intervenant et un collègue comme les autres par une chef d'équipe qui dit souvent oublier son statut de pair-aidant. À l'inverse, une paire aidante qui connaît des difficultés personnelles tend à rester confinée à la place d'intervenante de second rang à qui l'on donne les tâches les plus faciles et à l'égard de qui ses collègues manifestent de la « pitié » ou de la sollicitude. Les réserves exprimées par des intervenants à l'égard d'une paire aidante inexpérimentée dans une équipe sont contrebalancées par la chef d'équipe qui juge que les intervenants rencontrent les mêmes difficultés à leurs débuts. En ce sens, compte tenu de la brièveté de la certification de pair-aidant et de l'hétérogénéité des parcours des pairs (certains ont une expérience d'intervention de longue date dans un cadre formel ou informel d'entraide entre pairs tandis que d'autres ont peu d'expérience dans ce domaine), la formation professionnelle continue sur le terrain et à travers des séminaires apparaît de première importance pour parfaire les compétences cliniques des pairs. Il ressort de ces éléments que la proximité expérientielle

ne constitue pas, de l'avis des interviewés, un obstacle insurmontable à la professionnalisation des pairs aidants et à la qualité des services qu'ils peuvent donner.

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. Cependant, celle-ci est ici jugée sous l'angle de leur capacité à répondre aux standards professionnels des milieux clinique et universitaire. Les études randomisées qui montrent que – placés dans une position d'intervenants réguliers – les pairs offrent la même qualité de services aux usagers ne permettent pas, ou difficilement, de savoir dans quelle mesure les intervenants pairs mobilisent leur savoir d'expérience de la maladie et du rétablissement dans leur travail (Clarke *et al.*, 2000 ; Davidson *et al.*, 2004). Si l'exploitation du plein potentiel des pairs repose sur la mobilisation de leur spécificité, on peut penser qu'il est plus difficile pour les pairs employés en tant que professionnels réguliers de mobiliser leur savoir d'expérience. Poussée à l'extrême, la logique professionnelle tendrait ainsi à neutraliser la contribution spécifique des pairs fondée sur leur expérience vécue et leur proximité expérimentielle avec les usagers ou, tout au 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. Dans ce cas, la professionnalisation peut s'apparenter à ce que Girard *et al.* (2010, p. 16) nomment un « formatage » des pairs aidants qui représente un obstacle au développement de leur spécificité en tant qu'intervenants.

Vers de nouveaux standards d'intervention

De ce qu'il ressort du projet, proximité expérimentielle ne rime pas avec absence de jugement ou absence pure et simple de frontière avec les participants. La proximité qui s'établit entre les pairs aidants et les participants ne se confond pas avec la relation amicale même si cela a pu arriver dans le projet à une reprise, conduisant à un recadrage ferme. Elle n'est pas réductible à un savoir brut d'emblée donné par l'expérience : cette proximité se construit notamment lors de la formation des pairs aidants et grâce à leur expérience sur le terrain et elle est une source de questionnement continu dans le projet. Enfin, elle n'est pas un biais qu'il faut gommer puisque c'est précisément en vertu de cette proximité expérimentielle affichée ouvertement devant les participants qu'ils peuvent agir d'une manière qui n'est pas accessible aux autres intervenants. Elle est le terreau dans lequel les pairs aidants ancrent leur travail, établissent des relations avec les participants qui sont différentes de celles qu'établissent leurs collègues intervenants, à savoir des relations mutuelles, relevant davantage de la relation d'« égal à égal » (travailleur social, SI), plus directives sans être normatives et dans lesquelles les pairs aidants sont perçus comme des modèles, comprennent des choses que les intervenants ne « peu[ven]t pas nécessairement comprendre » (travailleuse sociale, SIV), obtiennent des informations que ces derniers n'obtiennent pas (par exemple, sur l'état psychologique des participants et sur des dimensions intimes de leur vie) et apportent aux participants un point de vue que les autres intervenants ne peuvent pas leur apporter (par exemple, lorsqu'ils discutent de la prise de médicaments et des relations avec les psychiatres).

Comme le souligne la chef d'équipe du SI, leur position et leur légitimité leur permettent d'aller au-delà de la « frontière » qui arrête les intervenants : « C'est au niveau de la relation, on se reconnaît quelque chose en commun et ils ont une histoire. Il y a des points d'ancrage, un vocabulaire, que nous, on n'a pas. Il y a une frontière qu'ils peuvent dépasser et que je ne peux pas ».

Un des défis qui s'offrent aux pairs aidants est de parvenir à construire une distance avec les participants, qui ne repose pas sur l'éloignement comme s'en réclament les professionnels non pairs, mais plutôt sur la proximité. Pour Girard *et al.*, « le travailleur pair construit une relation thérapeutique sans le savoir médical » (2006, p. 83). On peut penser que cette relation thérapeutique spécifique est possible précisément parce que les pairs aidants n'ont pas la maîtrise du langage clinique et du savoir médical qu'ont leurs collègues. Ce serait ainsi une des façons de comprendre l'expression « *expert at not being an expert* » reprise par Repper et Carter (2011, p. 395) pour caractériser les pairs aidants et celle de « professionnels de la déprofessionnalisation » employée par Sévigny (1993). Pour apparaître comme des intervenants légitimes, ils doivent devenir des experts dans ce que McLean, Biggs, Whitehead, Pratt et Maxwell nomment un « *thoughtful sharing of experience* » (2009, p. 47). La maîtrise de la « proximité relationnelle » (Clément, Gélinau, 2009) permise par une proximité expérimentielle serait le trait caractéristique de la posture d'intervention des pairs aidants.

Du point de vue de la professionnalisation évoquée précédemment, on peut envisager la différence de langage entre les pairs aidants – qualifié de « proche du vivant » (psychiatre, SI) – et les intervenants – qualifié de clinique – sur la réalité vécue par les participants comme une source de difficulté. Dans ce cas, on peut alors considérer les pairs comme des personnes incompétentes et leur imposer de rattraper leur manque de connaissances cliniques. Ce que l'on observe dans le projet est plutôt que les pairs aidants apprennent ces concepts pour enrichir leur compréhension de la réalité vécue par les participants et afin de faciliter la communication avec les intervenants, sans toutefois les substituer à leur propre vocabulaire. Leur langage leur permet d'offrir un soutien dans des termes facilement compréhensibles par les participants qui ne sont pas toujours familiers avec le jargon médical, ce qui rejoint le constat de Proudfoot *et al.* qui voient dans la différence de langage entre les pairs aidants et les intervenants une richesse du point de vue des patients. Ces auteurs notent que le langage des pairs est plus proche des « sensations et expériences personnelles » des usagers des services de santé mentale que de la « terminologie médicale » employée par les cliniciens (2012, p. 2). Oliver (2000) & White (2009) voient également dans la diversité des savoirs et des façons de les exprimer un moyen de répondre à la diversité des sensibilités et des façons de penser et mettre en mots les problèmes vécus par les personnes.

La richesse de la rencontre clinique d'équipe repose sur la présence de différents niveaux d'observation de la situation vécue par les personnes, permettant à la psychiatre d'affiner son jugement clinique et aux membres de l'équipe de créer des plans de soin inédits. La combinaison de différents types de connaissances et de manières

de les exprimer se produit également dans les comités créant, selon une paire du projet, « une sorte de solidarité, d'inclusion qui n'existe pas beaucoup » et permettant de « défoncer [r] les barrières de cette manière ». Conçue sous cet angle, la participation ne consiste pas seulement à ajouter une perspective jusqu' alors négligée dans les discussions : elle engage à repenser le rapport entre les perspectives cliniques et expérimentelles maîtrisées par les membres de l'équipe.

Conclusion

L'intégration des pairs dans le projet bouleverse les rôles endossés traditionnellement par des personnes avec des troubles de santé mentale, qui vivent dans la rue ou connaissent des problèmes de toxicomanie, et leur offre la possibilité de se retrouver du côté des intervenants face aux usagers des services et de discuter de l'organisation des services avec les gestionnaires et chefs d'équipe du projet. Cette intégration s'effectue au confluent de trois processus simultanés qui sont autant de manières d'envisager l'apport des pairs. Dans le premier processus, les membres du projet découvrent en quoi consiste le savoir des pairs et quel « usage » il est possible d'en faire dans les équipes cliniques afin d'accéder plus directement à l'expérience des participants. Ce processus, qui place les pairs en position d'intermédiaires entre les autres employés du projet et les usagers, ne bouleverse pas le cadre institutionnel. Il offre la possibilité de comprendre plus finement la réalité des participants et, conséquemment, de contribuer à la mise en place de services qui répondent plus directement à leurs besoins et de décisions cliniques qui soient plus respectueuses de leurs droits. Ce processus peut générer des conséquences négatives pour les pairs lorsqu'ils voient leur compétence utilisée de façon qui leur semble opportuniste. Dans ce cas, les pairs n'assurent plus un rapprochement des membres du projet de l'expérience vécue des pairs ; ils sont davantage considérés comme des protagonistes accessoires.

Dans le second processus, les pairs se forment progressivement au contact de leurs collègues et ces derniers les reconnaissent (ou tendent à les reconnaître) comme des collègues parmi d'autres au sein du projet. Cette intégration passe par l'apprentissage à la fois implicite et formel – par observation, imitation, co-intervention, échanges individuels et collectifs, formations – des normes professionnelles en vigueur dans l'intervention. Celles-ci sont axées autour de la bonne gestion de la distance avec les participants dans le jugement clinique. Ce processus de professionnalisation est contrecarré par la présence de pairs, dont leurs collègues jugent qu'ils ont des problèmes de santé mentale ou qu'ils sont insuffisamment qualifiés. Les interviewés pointent aussi la trop grande proximité expérimentelle, l'absence de recul et les difficultés personnelles (stress, anxiété, sympathie) des pairs – que celles-ci soient préexistantes ou produites par leur milieu professionnel – comme des obstacles majeurs à leur intégration comme intervenants.

Un troisième processus est celui de la constitution d'une expertise dans le maintien du savoir expérimentiel. Au cours de ce processus, les pairs existent comme des

acteurs à part entière et leur savoir enrichit les manières existantes de travailler. Ils participent à la définition d'une posture distincte ainsi qu'à l'établissement ou à la réflexion sur d'autres standards professionnels articulés autour de la notion de proximité expérimentielle. Il s'agit, par exemple, de faire reconnaître qu'ils peuvent gérer différemment la distance avec les participants, tout en suivant des règles d'éthique professionnelles vis-à-vis de ces derniers. Le caractère global de la transformation du champ de l'intervention est signalé par l'éventail des pratiques développées avec les pairs aidants et les commentateurs d'intervenants qui disent ne plus pouvoir s'imaginer travailler dans une équipe qui serait dépourvue d'un pair-aidant. Leur présence, qui va de pair avec l'ancre de l'approche rétablissement, conduit les intervenants à porter un regard plus global sur la personne, reposant moins sur la référence aux diagnostics, et à mieux gérer les tensions entre gestion du risque et approche centrée sur la personne. À la différence du deuxième processus – qui est unidirectionnel des professionnels vers les pairs et pairs aidants –, le développement des standards propres aux pairs engage leurs collègues dans un processus de réflexion à l'égard de leurs propres pratiques. Contrairement aux deux premiers, ce processus met à profit l'apport critique des pairs à l'égard des pratiques en place. Il s'agit à notre sens d'un processus qui va au-delà de l'ajout d'une nouvelle perspective autour de la table ; il engage une redéfinition des liens entre les savoirs et une véritable co-construction de savoirs et de pratiques.

On peut nommer ces trois processus : la médiation, l'apprentissage professionnel des pairs et le développement d'une posture spécifique aux pairs qui contribuent à redéfinir les réalités de l'intervention et de la recherche. Ils jouent chacun un rôle en ce qu'ils contribuent : premièrement, au développement de pratiques qui permettent aux intervenants de mieux comprendre les réalités vécues par les participants du projet ; deuxièmement, à la formation des pairs aidants au métier d'intervenant et à leur intégration au sein de leur milieu de travail ; troisièmement, à la reconnaissance d'une place propre en tant qu'intervenants pairs aidants avec un statut professionnel propre contribuant à transformer l'univers clinique. Ces processus peuvent également se nuire les uns les autres, par exemple, dans le cas où la logique de l'apprentissage professionnel est telle que les pairs aidants n'ont plus l'espace pour faire valoir leur posture spécifique.

La description de ces processus contribue à alimenter la réflexion sur l'identification de tâches propres aux pairs aidants et non réductibles aux standards professionnels existants (proximité expérimentielle et relationnelle, langage du vivant). Dans la littérature, les débats sur la professionnalisation des pairs tendent à associer intégration des pairs dans des projets et dénaturation de leur savoir. La normalisation du savoir d'expérience des pairs au profit d'un savoir professionnel balisé par des disciplines n'est pas, à nos yeux, inéluctable. Elle semble plutôt une dérive possible du deuxième processus d'intégration que nous distinguons. Dans le troisième, en revanche, la professionnalisation des pairs semble fondée sur l'apport expérimentiel des pairs. Alors qu'il semble le plus innovateur et porteur de changement, ce processus est le moins documenté dans la littérature qui se concentre sur les processus

de médiation et d'apprentissage professionnel qui – dans la mesure où ils consolident les rapports en place entre experts et non-experts – et les moins confrontants pour les professionnels et les institutions qui les emploient.

Dans le projet *Chez Soi*, l'intégration des pairs aidants dans les équipes cliniques et la transformation des manières de faire s'est opérée grâce à la découverte mutuelle des forces et des points aveugles des savoirs en présence sur une durée de près de trois ans dans le cas du premier pair-aidant embauché. Le langage du quotidien et du rétablissement mis de l'avant, entre autres, par les pairs a progressivement contribué à une transformation de la façon de saisir la réalité des participants du projet *Chez Soi*. De leur côté, les pairs aidants ont appris à mieux gérer le fait de travailler dans un cadre clinique qui engage parfois la mise en œuvre de pratiques coercitives. Le chemin à parcourir pour qu'ils soient considérés comme des intervenants ayant une maîtrise de la relation clinique, mais dans une posture différente de celle des intervenants, c'est-à-dire comme les professionnels d'une proximité expérimentelle maîtrisée, sera certainement long, considérant la relative nouveauté de la présence des pairs dans les équipes cliniques au Québec.

Bibliographie

- Borkman T., « Experiential knowledge : A new concept for the analysis of self-help groups », *Social Service Review*, 1976, 50(3), p. 445-456.
- Clarke G.N., Herinckx H.A., Kinney R.F., Paulson R.L., Cutler D.L., Lewis K., Oxman E., « Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness : findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care », *Mental Health Services Research*, 2000, 2(3), p. 155-164.
- Clément M., Gélinau L., « Figures, voix et tensions de la proximité », in M. Clément, L. Gélinau, A.-M. McKay (dir.), *Proximité : liens, accompagnement et soins*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2009, p. 1-13.
- CSMC, *Rapport final du projet Chez Soi. Projet pancanadien*, rapport rédigé par P. Goering, S. Veldhuizen., A. Watson, C. Adair, B. Kopp, E. Latimer, G. Nelson, E. MacNaughton, D. Streiner, Commission de la santé mentale du Canada, 2014, 48 p.
- Faulkner A., Basset T., « A helping hand : taking peer support into the 21st century », *Mental Health and Social Inclusion*, 2012, 16(1), p. 41-47.
- Davidson L., Shahar G., Stayner D.A., Chinman M., Rakfeldt J., Tebes J. K., « Supported socialization for people with psychiatric disabilities : lessons from a randomized controlled trial », *Journal of Community Psychology*, 2004, 32(4), p. 453-477.
- Girard V., Driffin K., Musso S., Naudin J., Rowe M., Davidson L., Lovell, A.-M., « La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une co-occurrence psychiatrique », *L'Évolution Psychiatrique*, 2006, 71(1), p. 75-85.
- Griffiths K. M., Jorm A. F., Christensen H., « Academic consumer researchers : a bridge between consumers and researchers », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004, 38, p. 191-196.
- McLean J., Biggs H., Whitehead L., Pratt R., Maxwell M., *Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme*, Edinburgh, Scottish Government Social Research, Health and Community Care, 2009.

O'Hagan M., Cyr C., McKee H., Priest R., *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 2010.

Oliver S., « Revolutionizing how we generate new knowledge : a challenge for librarians, health professionals, service users and researchers », *Health Libraries Review*, 2000, 17, p. 22-25.

Paquier S., Rémy J., « Être soi peut-il être professionnel ? Le cas des médiateurs sociaux », *SociologieS* [En ligne], *Théories et recherches*, 2008.

Plurriel, « Interview de médiateurs de santé, Mrs Hermann Händlhuber et Claude Lefebvre », *Plurriel*, 2010, 85-86, p. 13-14.

Proudfoot J. G., Jaywant A., Whitton A.E., Parker G., Manicavasagar V., Smith M. & Nicholas J., « Mechanisms underpinning effective peer support : a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly-diagnosed with bipolar disorder », *BMC Psychiatry*, 2012, 12(196), p. 1-11.

Provencher H., Gagné C., Legris L., *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, 2011.

Repper J., Carter T., « A review of the literature on peer support in mental health services », *Journal of Mental Health*, 2011, 20(4), n° 392-411.

Sarradon-Eck A., Farnarier C., Girard V., Händlhuber H., Lefebvre C., Simonet E., Staes B. « Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et Politiques*, 2011, 67, p. 183-199.

Sévigny R., « Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social », *Sociologie et sociétés*, 1993, 25(1), p. 111-123.

Stickley T., « Should service user involvement be consigned to history ? À critical realist Perspective », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2006, 13(5), p. 570-577.

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

White W. L., *Peer-based addiction recovery support : History, theory, practice, and scientific evidence*, Chicago, Great Lakes Addiction Technology transfer Center and Philadelphia Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services, 2009.