

Faculté de santé publique

Intégration de la pair-aidance dans une unité de soins psychiatriques de Belgique francophone :

**Résistances des pairs-aidants et/ou résistances
des équipes soignantes ?**

Mémoire réalisé par

Céline Debruyne

Camille Donners

Promoteur(s)

François Wyngaerden

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Intégration de la pair-aidance dans les unités de soins psychiatriques de Belgique francophone : Résistances des pairs-aidants et/ou résistances des équipes soignantes ?

Mémoire réalisé par

Céline Debruyne

Camille Donners

Promoteur (s)

François Wyngaerden

Années scolaire 2019 – 2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Avant toute chose, nous souhaitons remercier notre promoteur M. Wyngaerden pour sa patience, sa disponibilité et surtout pour ses remarques, ses conseils judicieux tout au long de notre accompagnement.

Nous remercions également nos parents, nos familles, nos amis respectifs et nos collègues pour leur soutien moral constant et plus encore dans les moments de découragement car ils ont su nous remotiver en nous redonnant foi en notre travail.

Nous tenions aussi à témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont offert l'appui nécessaire à l'aboutissement de ce travail et sans lesquelles celui-ci n'aurait pas été possible :

- Tous les pairs-aidants qui ont accepté de participer avec enthousiasme, disponibilité et professionnalisme à nos entretiens ;
- Frank Van Cauwenbergh pour ses éclairages précieux, ses recommandations et son aide dans la construction de notre échantillonnage ;
- Éric Favreau pour son partage d'expérience, sa disponibilité et également son aide dans la construction de notre échantillonnage ;
- Tous les soignants qui ont accepté de participer avec engouement et sans « langue de bois » aux entretiens pendant leurs heures de travail ;
- Guy Deleu, psychiatre et chargé de cours à l'UCL pour la faculté de Santé Publique pour nous avoir sensibilisé au nouveau paradigme de soins en Santé Mentale.

Enfin, nous tenons à témoigner toute notre gratitude à Guillaume Casse, Sophie Laurent, Julie Vande Lanoitte et Nadège Schonrock pour leur confiance indéfectible et leur soutien inestimable au quotidien.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Table des matières.....	6
Liste des figures et tableaux.....	7
Introduction.....	8
Partie 1 : Partie théorique.....	13
1. Cadre conceptuel	13
1.1. De la psychiatrie à la santé mentale, une histoire au caractère évolutif.....	13
1.2. De la réhabilitation au concept de rétablissement	22
1.3. La pair-aidance	27
2. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les pairs-aidants (C. Donners)	40
2.1. Méthodologie	40
2.2. Résistances	40
3. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les soignants traditionnels (C. Debruyne).....	46
3.1. Méthodologie	46
3.2. Résistances	47
4. Conclusion de la revue de la littérature	55
4.1. Critique de la littérature.....	55
4.2. Justification de la question de recherche	56
Partie 2 : Partie pratique.....	57
1. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les pairs-aidants (C. Donners)	57
1.1. Méthodologie	57
1.2. Résultats.....	59
1.3. Discussion.....	70
2. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les soignants traditionnels (C. Debruyne).....	77
2.1. Méthodologie	77
2.2. Résultats.....	80
2.3. Discussion.....	95
Conclusion	106
Bibliographie.....	114
Annexes.....	133

Liste des figures et tableaux

Tableau 1 : Description de l'échantillon pair-aidant	p. 58
Tableau 2 : Description de l'échantillon professionnel	p. 79
Tableau 3 : Description des catégories d'acteurs dans l'échantillon des professionnels soignants...	p. 79

Introduction

Infirmières psychiatriques, nous travaillons ensemble dans une unité de soins accueillant des personnes souffrant à la fois de troubles psychotiques et d'assuétudes. Dans notre pratique professionnelle, nous sommes confrontées à des patients « en crise » à répétition. De sevrage en post-cure au retour à domicile non concluant, les ré-hospitalisations régulières ainsi que les sorties exigées font partie de notre quotidien.

Face à ce phénomène de « porte-tournante », l'équipe soignante s'interroge sur la qualité des soins qu'elle offre et se sent impuissante dans sa prise en charge. De plus en plus, un « décalage » entre le monde des soignants et celui des soignés est observé, comme une sorte de vide, de non-rencontre aussi bien autour de la demande de soins que des objectifs attendus. « Il peut exister un décalage entre le langage, les représentations et les attentes des travailleurs et ceux des personnes qu'ils accompagnent. » (Deschamps & Sandron, 2017, p. 21) Outre des représentations de la santé et de ce que sont des soins de qualités divergentes, le vocabulaire des professionnels et des bénéficiaires ne se rencontre pas. En tant que soignant, nous avons souvent l'impression que notre discours n'est pas compris par les usagers et à l'inverse, nous avons parfois du mal à nous rendre compte de ce qu'ils vivent ou tentent de nous transmettre. Cette incompréhension, cette non-rencontre, entraîne également une perte de confiance ou d'alliance thérapeutique pour les patients.

C'est à travers l'option Community Mental Health dispensée par l'université catholique de Louvain que nous avons commencé à entrevoir des alternatives innovantes pour pallier à cette distance, réelle ou symbolique, induite dans la relation thérapeutique. La rencontre avec Pascale Fransolet, lors du module de « réinsertion et réhabilitation sociale », a été déterminante et marque le début de notre réflexion concernant le thème de notre mémoire en devenir. Lors de sa présentation, elle a su nous interpeller et nous faire remettre en question nos pratiques ainsi que considérer et réfléchir à la solution qu'elle nous proposait. Pascale est ce que l'on appelle en Belgique une pair-aidante, en France, une médiatrice de santé pair, ou encore un pair-praticien. Elle est engagée par la Clinique « Sans Soucis » depuis deux ans et occupe actuellement un poste de coordination.

Mais qu'est-ce qu'un pair-aidant au juste ?

« Le [pair-aidant] est défini comme un membre du personnel divulguant qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues. » (Lagueux, 2014, p. 1)

Ces « donneurs d'espoir » dédramatisent une première hospitalisation ou une énième rechute et influencent de façon positive les représentations sociales associées aux troubles mentaux et aux soins psychiatriques. « Le concept de pair-aidant considère aussi que les personnes qui ont vécu et qui ont surmonté un problème de santé mentale peuvent apporter une expertise spécifique pour soutenir leurs pairs dans leur rétablissement ». (Launay & Maugiron, 2017, p. 742) Leur spécificité de soins réside alors dans leur savoir expérientiel grâce à une reconnaissance de leurs acquis d'expériences. (Beetlestone, Loubières, & Caria, 2011; JOUET & FLORA (Luigi), 2011; B. Martin, 2015) La pair-aidance est à entendre comme une nouvelle discipline complémentaire d'une offre de soins pluridisciplinaires déjà rencontrée dans le domaine de la santé mentale actuellement.

Les bénéfices de la pair-aidance ne concernent pas uniquement les bénéficiaires de soins. En effet, la littérature définit communément l'apport de cette pratique à trois niveaux : auprès des bénéficiaires de soins, auprès des équipes soignantes et auprès des pairs-aidants eux-mêmes.

En ce qui concerne les apports de la pair-aidance auprès des bénéficiaires de soins, la littérature met surtout en avant la majoration de l'espoir, de l'estime de soi, de la qualité de vie, de l'observance thérapeutique, ainsi qu'une amélioration de la perspective d'avenir. (Crane, Lepicki, & Knudsen, 2016; Feraille, 2017; Fransolet, 2019; Simpson et al., 2014) Les pairs-aidants sont la preuve qu'il est possible d'atteindre ses buts et de se rétablir. (Crane et al., 2016; Feraille, 2017; Jacobson, Trojanowski, & Dewa, 2012) La littérature amène aussi l'idée d'une augmentation de la confiance des bénéficiaires envers les soignants traditionnels et leurs traitements. Il semblerait, en effet, que par leur histoire, les pairs-aidants soient plus en mesure de toucher des usagers qui sont plus résistants aux méthodes conventionnelles. L'approche des pairs-aidants donne l'impression aux bénéficiaires qu'il est question d'eux et de leurs soins, plutôt que des pairs et de l'institution. (Crane et al., 2016; Jacobson et al., 2012)

En ce qui concerne les soignants traditionnels, les apports de la pair-aidance sont plutôt de l'ordre de la « diversification/amélioration de la prise en charge, alliance thérapeutique, amélioration des représentations » des usagers des services de santé mentale. (Fransolet, 2019, p. 25) Ils « aident leurs collègues à mieux comprendre ce que vivent les usagers des services et à mettre sur pied des interventions qui sont perçues comme plus pertinentes et répondant mieux à leurs besoins. » (Godrie, 2017b, p. 11) Les pairs-aidants font donc office de lien entre les intervenants et les usagers. De plus, leur bilinguisme, induit par leur connaissance autant du monde des patients que de celui des soignants, permet aux pairs-aidants une compréhension plus fine de la réalité des bénéficiaires. (Godrie, 2016) Ils sont « un regard complémentaire à celui des proches et des professionnels ». (Fransolet, 2019, p. 21)

Les avantages de la pair-aidance auprès des pairs-aidants sont eux aussi multiples. En effet, la réinsertion professionnelle des pairs-aidants améliore notamment leur estime personnelle et leur qualité de vie. (Fransolet, 2019) Leur travail auprès des pairs-aidés leur permet de continuer leur chemin vers le rétablissement. Ainsi, ils continuent de grandir, de développer leurs compétences et bénéficient des bienfaits d'être employés. (MacLellan, Surey, Abubakar, & Stagg, 2015; Simpson, Oster, & Muir-Cochrane, 2018) De plus, selon MacLellan et al. (2015), la participation sociale des pairs-aidants diminue leur anxiété ainsi que leur mal-être alors que les relations sociales augmentent leur motivation d'aider et les liens qu'ils construisent avec les autres pairs-aidants augmentent leur confiance en eux. (MacLellan et al., 2015)

Cependant, malgré la revue de littérature qui valide ces bénéfices à tous les niveaux, malgré les études de recherche et même les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui confirment la plus-value d'une intégration de pairs-aidants dans les équipes soignantes en psychiatrie (Roucou, 2008), seuls deux exemples de pairs-aidants salariés au sein d'institutions ont été recensés en 2017 sur la zone Wallonie-Bruxelles (Kowalski, 2017).

Pourtant, ces pratiques s'inscrivent actuellement dans différents pays du monde, les Anglo-Saxons en tête. (Beetlestone et al., 2011) Notons par exemple, le programme « Mind's peer » au Royaume-Uni « qui avait pour objectif de 2012 à 2016 que “tout le monde en Angleterre et au Pays de Galles avec des problèmes de santé mentale puisse avoir accès à un soutien par les pairs”. » (Faulkner et al., 2013, p. 5) Ou encore le programme québécois « Pairs Aidants Réseau » (PAR), créé en 2006, pour qui « le soutien par les pairs vient compléter les soins cliniques et inversement. » (« Soutien par les pairs | Commission de la santé mentale du Canada », 2018, paragr. 2). Le programme « Médiateurs de Santé Pairs » en France avait pour objectif de former et d'intégrer des pairs-aidants dans les unités de soins. (Dupont et al., 2011). Ce programme, créé à partir d'une expérience pilote de 2012 à 2014, alterne une formation de type universitaire et une activité dans des unités de soins psychiatriques. (« Programme « Médiateur de santé/pair » », 2018)

Malheureusement, la Belgique francophone reste en retrait et le concept de pair-aidance est encore une fonction innovante accueillie par peu de structures hospitalières, même si depuis 2016, l'UMons et le Service des sciences de la famille ont mis sur pied une formation « pair-aidant en santé mentale et précarité » (« Formation “Pair-aidance” 2018 », 2018). C'est ce constat, au même titre que la rencontre avec Pascale Fransolet, qui nous a poussé à réfléchir à ce qui pourrait potentiellement entraver l'engagement effectif d'un pair-aidant au sein des équipes soignantes.

Les pairs-aidants sont-ils protéiformes ? Quels sont les blocages à cette intégration de la pair-aidance ? Proviennent-ils des pairs-aidants ou des professionnels de la santé au sens étendu du terme ? Ou des deux ? Pourquoi seules de rares implémentations ont pris place actuellement en Belgique francophone ? Pourquoi malgré les preuves évidentes de cette plus-value et les bénéfices tridimensionnels décrits précédemment et malgré la formation certifiante mise en place par l'UMons, peu (trop peu) de pairs-aidants sont présents sur le terrain professionnel et dans les institutions de soins ?

La littérature suggère que l'implémentation de la pair-aidance donne des résultats mitigés. (Gillard et al., 2015) Elle met en cause le manque de clarté du rôle du pair-aidant, la stigmatisation envers les pairs-aidants et le manque de support professionnel de la pair-aidance. (Gillard et al., 2015; Siantz, Rice, Henwood, & Palinkas, 2018) De plus, cette intégration implique « du changement au niveau de la culture et des pratiques au sein des services de santé mentale ». (Vandewalle et al., 2016, p. 235) Outre le contexte belge et institutionnel, il nous paraissait donc intéressant d'interroger le positionnement des personnes impliquées. Qu'en pensent les professionnels ? Qu'en pensent les pairs-aidants ? Existe-t-il des résistances des soignants et/ou des pairs-aidants dans ce processus d'intégration ?

C'est ce que nous allons étudier à travers notre question de recherche, volontairement double :

Intégration de la pair-aidance dans une unité de soins psychiatriques de Belgique francophone : résistances des pairs-aidants et/ou des équipes soignantes ?

Concrètement ce mémoire va s'articuler autour de trois volets :

Un cadre conceptuel et une revue de littérature à quatre mains constitueront notre premier volet. Cette partie commune est à considérer comme le préalable théorique nécessaire à la bonne compréhension de tous les tenants et aboutissants de notre problématique.

Par ailleurs pourquoi un mémoire à 4 mains ? Il nous tenait à cœur d'être lues ensemble. Le but est d'assurer que les points de vue et les résistances des soignants traditionnels et des pairs-aidants soient considérés sur un même pied d'égalité. Nous souhaitons, en effet, qu'ils soient vus conjointement comme faisant « obstacle » à une intégration potentielle. Loin de nous l'idée d'incriminer l'un ou l'autre public cible.

Cette partie sera donc consacrée à rendre compte de l'état des lieux de la psychiatrie d'hier et aujourd'hui, ses changements, ses ajustements et ses innovations. Ceci nous semble fondamental à la bonne compréhension des concepts qui sous-tendent les représentations de la Santé Mentale actuelle. Aborder la thématique de la pair-aidance implique également de développer simultanément le concept de « recovery », couramment francisé par le terme de rétablissement. Ce concept apparu au milieu du

19^{ème} siècle aux États-Unis au sein de petits groupes d'anciens buveurs se soutenant dans leur abstinence, s'est exporté dans le domaine de la psychiatrie dès les années nonante par le biais de figures telles que Patricia Deegan et Larry Davidson. (Le Cardinal et al., 2013) William Anthony définit ce concept comme un « processus personnel et unique visant un changement d'attitudes, de valeurs, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles et comme un moyen de vivre une vie satisfaisante et emplie d'espoir, qu'elle soit, ou non, limitée par une maladie ». (Wyngaerden & Deleu, 2019, Chapitre Se rétablir dans une maladie mentale, p. 28)

Dans un deuxième volet, une revue systématique de la littérature scientifique (de 2009 à 2019) sera réalisée de manière individuelle afin de répondre à nos questions de recherche respectives :

- L'intégration d'un pair-aidant dans une unité de soins psychiatriques : résistance des pairs-aidants ?
- L'intégration d'un pair-aidant dans une unité de soins psychiatriques : résistance des équipes soignantes ?

Cette revue de littérature sera suivie d'une mise en commun des résultats obtenus dans nos recherches respectives afin de mettre en exergue les similitudes ou les divergences au point de vue des publics cibles. A nouveau ce point de synthèse a pour but une considération conjointe des deux visions.

Le troisième et dernier volet de ce mémoire sera consacré à nos parties pratiques. Deux études qualitatives, sous forme d'entretiens semi-directifs, seront menées de front. L'une interrogera des pairs-aidants de Belgique francophone, pratiquants ou non en tant que pair-aidant, et l'autre interrogera différents intervenants multidisciplinaires en psychiatrie, de la région Wallonie-Bruxelles, ayant vécu une expérience d'intégration dans leur structure. L'objectif de ces deux études qualitatives est de mettre en lumière les résistances à l'intégration des pairs-aidants dans les unités de soins de manière holistique, c'est-à-dire en tenant compte de l'avis des pairs et des professionnels traditionnels de santé.

En guise de conclusion, nous tenterons de définir quelques pistes de réflexion pour une intégration de pair-aidance réussie.

Partie 1 : Partie théorique

1. Cadre conceptuel

Avant d'entrer dans le vif du sujet et de répondre à nos questions de recherches respectives: « Intégration d'un pair-aidant dans une unité de soins psychiatriques : résistance des pairs-aidants et/ou résistance des équipes soignantes ? », il nous a paru évident de développer un cadre conceptuel.

Développer l'évolution de la psychiatrie au regard de trois éléments fondamentaux, tels que l'approche de la maladie mentale, l'organisation/lieu de soins et la place de l'utilisateur, nous intéresse particulièrement. Ceux-ci vont nous servir de fil conducteur tout au long de ce cadre conceptuel. En effet, cette remontée dans l'histoire nous permettra d'appréhender les différents changements qui nous amènent à la psychiatrie actuelle et voient apparaître le concept de la pair-aidance. Notons également que dans l'histoire dans notre civilisation la maladie mentale est autant liée à l'évolution de la société qu'aux lieux dans lesquels elle a été accueillie. (Ailam, Rchidi, Tortelli, & Skurnik, 2009)

Ainsi, « la santé mentale suit un itinéraire particulier : sa nosologie et l'organisation de ses services s'inspirent, plus que toutes les autres, des valeurs culturelles et sociales ainsi que du développement scientifique et économique des sociétés. » (Fleury & Grenier, 2004, p. 22) Dès lors, les « possibilités thérapeutiques à l'hôpital dépendent aussi de l'économie. [...] Mais, surtout, l'évolution de la psychiatrie dépend étroitement de la mentalité collective, tout particulièrement de l'image que l'homme se fait de lui-même, de ses sentiments, de son psychisme et de la représentation, en partie inconsciente, que la société se fait du fou. [...] En conséquence, les possibilités d'évolution en psychiatrie résultent surtout d'un changement des mentalités vis-à-vis de la folie. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 760)

1.1. De la psychiatrie à la santé mentale, une histoire au caractère évolutif

La psychiatrie est, depuis son origine, en recherche d'identité et remanie sans cesse ses théories, ses pratiques et son champ d'intervention. (Salvarelli, 2013) Assurément, on ne peut nier le « caractère évolutif du secteur de la santé mentale et de ses pratiques. » (Bodart et al., 2014, p. 9)

Trois thèmes seront abordés à travers ce parcours historique ou déroulement temporel qui nous conduit de la psychiatrie durant l'antiquité jusqu'aux pratiques actuelles : (1) la représentation de la maladie, (2) la place des usagers et (3) l'organisation des soins.

1.1.1. La représentation de la maladie

Durant l'**Antiquité**, la pratique de la médecine est basée sur un modèle médico-religieux. (Cherbonnier, 2014) « La folie est le plus souvent perçue comme un châtement divin envoyé aux hommes. »

(Cherbonnier, 2014, p. 5) En effet, de nombreux écrits littéraires de l'Antiquité attestent de « malades mentaux » dont le comportement perturbé est d'abord expliqué par des causes surnaturelles. Notons également qu'il n'y a pas de séparation franche entre la maladie physique et la maladie mentale. (Bougerol, 2011) Néanmoins, au 5ème siècle avant J-C, Hippocrate s'essaye à une « première classification des maladies mentales, lesquelles s'intègrent dans la théorie des humeurs ». (Fleury & Grenier, 2004, p. 22)

Au Moyen-Âge, « la conception religieuse persiste également dans le monde judéo-chrétien où le Dieu envoie maladie et folie à ceux qui se détournent de lui. » (Cherbonnier, 2014, p. 5) Le statut de possession reste donc fortement associé aux manifestations des maladies mentales. (Fleury & Grenier, 2004) En effet, la méfiance vis-à-vis de la médecine, l'influence du christianisme et la persistance des interprétations de la maladie en termes de péché, de punition ou de possession démoniaque sont représentatifs de cette époque. (Bougerol, 2011)

La période des Temps Modernes est caractérisée par le développement de la médecine et de l'anatomie. (Bougerol, 2011) C'est la naissance de la médecine scientifique. La « folie » devient un objet de perception médicale. (Fleury & Grenier, 2004) La vision de l'aliénation mentale, ou maladie mentale, unique prédomine. (Salvarelli, 2013) La médecine affirme sa primauté dans le traitement de la maladie mentale et la folie prend alors le statut de maladie. (Guerra, 2008)

Néanmoins, « pour les fondateurs de la psychiatrie comme Philippe Pinel, l'aliénation n'est jamais totale: l'insensé possède toujours des facultés intellectuelles et morales saines, sur lesquelles un thérapeute peut s'appuyer pour communiquer avec le patient et en obtenir une alliance thérapeutique ». (Fleury & Grenier, 2004, p. 22) Pinel définit les causes de l'aliénation mentale comme « morales ». Selon lui, les délires résulteraient de mauvaises habitudes de vie qui agresseraient le système nerveux. Pour viser une guérison, le « traitement moral » envisage un isolement de l'environnement responsable et de ses idées. Le malade est également soumis à une série d'activités qui, en mobilisant son attention, le distraient de ses pensées délirantes et lui donnent de nouvelles passions. Ceci augmente dès lors ses capacités de resocialisation. (Fleury & Grenier, 2004) Ce traitement moral contraste avec « les pratiques basées sur la contrainte, les coups, l'immersion dans l'eau froide, le jeûne, ou des saignées abondantes et répétées. C'est ainsi que l'idée, à l'époque à peu près impensable, que le rétablissement était possible même pour les cas apparemment les plus désespérés, a donné naissance à la psychiatrie moderne. Ensemble, Pinel et Pussin ont ainsi transformé des asiles de type carcéral en hôpitaux thérapeutiques par l'introduction de pratiques novatrices consistant à libérer les détenus de leurs chaînes, à leur offrir des aliments nutritifs et de l'exercice physique, à leur permettre d'avoir accès à des activités valorisantes

et à du travail, bref : « À solliciter pour les insensés tout ce qui peut améliorer leur sort [et] qui peut contribuer [...] à accélérer le rétablissement » (Pinel, 1794). » (Pelletier & Davidson, 2015, p. 22)

« Dans la pratique asilaire, les observations médicales sont succinctes [...], le diagnostic de maladie mentale devenant synonyme d'incurabilité. L'asile [...] secrète une sorte de maladie asilaire qui aggrave et chronicise la maladie initiale. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 763) Ce sont par ailleurs, les théories organicistes qui dominent cette période ; à savoir que toute maladie mentale naitrait d'un déficit du cerveau. (Cherbonnier, 2014) Le désir « d'inscrire la psychiatrie dans la dimension de science de la nature, hors des conceptions [...] religieuses des troubles dit mentaux » reste présent. (Eckert, s. d., p. 8) De celui-ci naît « une nosographie découlant d'un diagnostic faisant l'économie de la mise en cause du milieu du patient et proclamant l'incurabilité de certaines affections » (Eckert, s. d., p. 8), avec des figures telles que Kraepelin. (Eckert, s. d.)

« De la psychiatrie on glisse vers la santé mentale. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 768) En effet, « cette période se distingue par la montée progressive de la notion de santé mentale qui supplée celle, plus circonscrite, de maladie mentale. Le concept de santé mentale a été mis de l'avant [...] par le biais de la psychiatrie communautaire. Il relève de l'apport des sciences sociales et est tributaire de l'antipsychiatrie, [...], de la psychologie humaniste [...]. Il traduit également la crainte des effets stigmatisant du concept de maladie mentale. L'élargissement de la nosologie des maladies mentales à des phénomènes culturels et sociaux remet en question le monopole de l'organisation des services ». (Fleury & Grenier, 2004, p. 27) C'est pourquoi les déterminants de santé s'invitent et se voient accorder un rôle majeur à cette période. La précarité, le logement, l'insalubrité, l'isolement social et l'exclusion sont des facteurs évidents de risque accru de troubles psychiques. La santé mentale est donc ainsi déterminée par une large gamme de facteurs sociaux, économiques, culturels et comportementaux qui impliquent une multitude d'acteurs dans la prise en charge de la promotion et de la préservation de la santé. (Roelandt & El Ghazi, 2015) La santé mentale dépend également de l'organisation sociale et politique. (Roelandt & El Ghazi, 2015) D'autres secteurs que celui de la santé mentale sont donc touchés. Les mondes de l'éducation, du travail ou encore des bailleurs sociaux, tous sont concernés pour apporter des réponses appropriées et convergentes. (Roelandt & El Ghazi, 2015) Il est devenu évident, aujourd'hui, que le trouble mental est une question sociale, politique et médicale. (J.-P. Martin, 2002)

1.1.2. La place des usagers

Durant l'Antiquité, le fou est isolé mais cela est à entendre dans le cadre du privé, de l'espace familial. (Cherbonnier, 2014)

Au Moyen-Âge, la folie peut avoir, de manière anecdotique, un statut à part, le fou peut être intégré dans la société de l'époque comme le bouffon du roi. (Bougerol, 2011) Cependant, la place de l'utilisateur n'évolue guère. L'isolement et la dissimulation restent courants. « Dans un milieu majoritairement rural, il existait une relative tolérance envers ceux qui étaient capables d'accomplir quelques travaux saisonniers. En fonction du degré de folie, du comportement, les fous sont enfermés par leur famille dans une grange, un cabanon au fond du jardin par exemple. Si la parentèle possède quelque argent, elle confie le fou à une communauté religieuse. » (Cherbonnier, 2014, p. 7) L'errance était également une possibilité. En effet, comme Michel Foucault l'a écrit dans *Histoire de la folie*, « [les] fous alors avaient une existence facilement errante. Les villes les chassaient volontiers de leur enceinte ; on les laissait courir dans des campagnes éloignées, quand on ne les confiait pas à un groupe de marchands et de pèlerins. » (Cherbonnier, 2014, p. 7)

La fin de la période des Temps Modernes est marquée par une évolution importante dans la place qu'occupe l'utilisateur. Comme nous l'avons déjà développé lors point précédent, « dès 1770, se développe aussi en France, sous l'influence des philosophes des Lumières, un courant philanthropique, basé sur la raison [...], sur un élan du cœur et une répugnance à voir souffrir son semblable. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761)

Deux exemples majeurs illustrent cette évolution : Joseph Daquin et le binôme Pussin-Pinel. Ces personnes vont directement avoir de l'influence sur la place de l'utilisateur en santé mentale. « [Ils préconisent] de traiter avec bienveillance ces patients trop souvent confondus avec des coupables, [ils osent] déchaîner les furieux, les [entourent] de propreté, de soins et d'air pur. Daquin pense qu'on réussit infiniment mieux, auprès des malades par la patience, avec beaucoup de douceur, par une prudence éclairée, et on obtient plus de succès par ces secours moraux que par ce fatras de drogues dont on surcharge généralement les patients. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761) « Comme Daquin, Pinel préconise la construction d'asiles spécialement destinés aux soins aux aliénés » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761) et « apporte avec l'esprit philanthropique une autre façon de concevoir la folie. Auparavant, on considérait les insensés, privés d'humanité, comme des animaux. Pour Pinel, ce sont des hommes, même s'ils sont temporairement privés de raison ; ils sont momentanément aliénés – étrangers à eux-mêmes – mais les soins peuvent les aider à recouvrer la raison. La reconnaissance de l'aliéné comme sujet permet l'identification de tout homme sensé à l'aliéné et donne la possibilité d'un traitement moral et d'une communauté de vie dans un milieu où il n'est plus isolé dans une loge. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761)

L'histoire de Jean Baptiste Pussin a toute son importance lorsqu'on aborde la pair-aidance. En effet, « Pussin est un aliéné français qui a été déclaré « incurable » et enfermé en 1771 à l'asile de Bicêtre à Paris. Son temps libre, il le passe à aider ses pairs. Ce comportement « atypique » est remarqué par l'aliéniste et responsable de l'asile, Philippe Pinel, et il deviendra quatre ans plus tard, surveillant puis « gouverneur des fous ». » (Fransolet, 2018, p. 8) Cette rencontre est décisive pour la psychiatrie contemporaine car elle ouvre le champ du possible pour les sujets qui nous préoccupent. Les « travaux précurseurs de Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin [permettent] [...] de constater que [...] le « traitement moral » qu'ils préconisaient, il y a déjà plus de 200 ans, reposait en bonne partie sur cette mise à profit de l'expérience vécue, particulièrement en contexte de soutien entre pairs. » (Pelletier & Davidson, 2015, p. 19)

« Pussin et Pinel mettent en avant de nombreuses raisons d'embaucher et de mettre à contribution d'anciens patients quant au fonctionnement de l'asile. En plus d'être gentils, honnêtes et humains, les anciens patients sont moins susceptibles d'abuser ou de maltraiter les pensionnaires et sont plus portés à les respecter en tant qu'êtres humains et concitoyens, s'étant déjà retrouvés dans la même situation humiliante. Ils sont ainsi moins en proie aux préjugés et aux préjugés sociaux envers les individus affectés, car ils savent personnellement qu'ils sont malgré tout restés des citoyens de valeur et que cette expérience peut même les avoir fait grandir. Ainsi, cette notion de collaboration médecin-patient, qui, comme on le verra, était pourtant au cœur du traitement moral et à l'origine même de la psychiatrie, est restée par moments de son histoire reléguée à la marge de la psychiatrie officielle, au point où le partenariat patient pouvait jusqu'à tout récemment encore être considéré comme une « révolution ». » (Pelletier & Davidson, 2015, p. 22)

« La médicalisation de la folie ne signifie pas en effet la simple confiscation de la folie par le regard médical. Elle implique la définition à travers l'institution médicale d'un nouveau statut juridique, social et civil du fou : l'aliéné. [...] L'élément déterminant qui conditionne ce statut, c'est le placement dans un établissement spécial. » (Cherbonnier, 2014, p. 13) « Le fou est enfermé, avec les autres « infirmes du signe », dans une catégorie sociale qui les exclut de l'humain [...]. En d'autres termes, le fou est considéré comme un insensé, exclu de facto de la communauté du sens, et donc des hommes. Sa folie est totale au sens où il est totalement enfermé en lui-même et semble se satisfaire de cet enfermement. » (Fousson, 2006, p. 822) « Les personnes internées sont totalement dépendantes de l'asile [...]. Leur autonomie n'est pas encouragée, ni les interactions avec la communauté, qui sont considérées comme néfastes à leur hygiène mentale. » (Bonsack & Favrod, 2013, p. 228)

Jusque dans les années 1950, la psychiatrie reste cachée derrière ses murs. Il était admis que les fous étaient bien à leur place à l'asile ou enfouis au plus profond des domiciles familiaux. (Cherbonnier,

2014) Effectivement, les aspects bienfaisants et protecteurs de l'asile psychiatrique avaient une primauté sur les libertés individuelles. (Bonsack & Favrod, 2013)

Au début des années 70, « des mouvements pour la défense des droits des personnes apparaissent et les premiers regroupements de familles se constituent. » (Fleury & Grenier, 2004, p. 27) C'est également à cette période (1970-1980) que « le concept de rétablissement fait son apparition outre-Atlantique. Réunis en mouvement, les usagers se plaignent de la qualité des soins aux États-Unis. « N'y a-t-il pas moyen d'être accompagnés autrement ? » Telle est leur question. L'idée de passer toute une vie dans l'angoisse, la solitude et la tristesse est devenue impensable. Les diagnostics sonnent pour eux comme des condamnations. Dès lors, certains membres de ces mouvements, comme Judi Chamberlin, ont commencé à exiger des soins de meilleure qualité, des soins où l'espoir est permis. C'est l'époque des premières expériences menées avec des travailleurs [pairs-aidants], d'anciens patients engagés dans des structures de soins. Dans le même temps, nombre d'usagers commencent à écrire des récits de rétablissement, des textes en « je » pour raconter le combat contre la maladie et contre la stigmatisation. En 1990, l'Américaine et usagère en santé mentale, Patricia E. Deegan, est la première à sortir de l'ombre, un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de compétences, désormais recensés en savoir expérientiel ». (Fransolet, 2018, p. 9)

Cette politique a donc contribué à sortir les malades des hôpitaux psychiatriques et a tenté de favoriser la réinsertion sociale des personnes touchées par un trouble psychique. (Cherbonnier, 2014) C'est dans ce contexte que naît le concept de réhabilitation. Celui-ci sera développé plus loin dans le travail (cf. 1.2.2. Le concept du rétablissement, p. 24). Le but de ce dernier est de réentraîner les compétences perdues des personnes longuement hospitalisées et de les préparer à vivre dans un environnement plus proche de la communauté. (Bonsack & Favrod, 2013) Cependant, notons que cette politique de désinstitutionalisation a néanmoins eu des conséquences parfois néfastes. L'augmentation de l'itinérance et de la judiciarisation des personnes présentant des troubles mentaux, l'apparition du syndrome de la porte tournante et un certain accroissement du fardeau des familles car l'asile n'assumait plus ses fonctions contenantes en sont de bons exemples. (Fleury & Grenier, 2004)

1.1.3. L'organisation des soins

Durant l'Antiquité, « [les] fous sont soignés par des “prêtres-médecins” au milieu d'un déploiement religieux, de jeûnes, d'ablutions, de purifications et d'onctions. » (Cherbonnier, 2014, p. 3) Il n'existe pas de traitement médical spécifique, les soins donnés relèvent encore d'un caractère religieux ou magique. (Bougerol, 2011)

Au Moyen-Age, les valeurs de charité chrétienne et d'assistance prédominent la société médiévale. Grâce à celles-ci, les premiers « hôpitaux » sont construits. Ils sont des « lieux d'accueil pour les personnes sans ressources, malades ou non. Ils sont d'ailleurs très peu médicalisés. » (Cherbonnier, 2014, p. 7) En fait, les malades sont hospitalisés un peu partout, dans l'attente d'un lieu d'internement spécifique. Les réformes sont dans l'air et la psychiatrie institutionnelle est en train de naître. (Cherbonnier, 2014) Par ailleurs, les « traitements » sont limités à la réclusion. (Bougerol, 2011)

Les Temps Modernes voient apparaître les premiers établissements pour les insensés aux 15^{ème} et 16^{ème} siècles. (Bougerol, 2011) Les fous, au départ traités comme les indigents, seront peu à peu délogés et les personnes souffrant de troubles mentaux n'étant ni dans l'errance, ni sans moyens, sont de plus en plus internées à la demande des familles. (Cherbonnier, 2014)

A cette époque, la psychopharmacologie reste peu développée. Les « médecins de l'époque ne croient plus aux médicaments comme [...] l'émétique ou la saignée [...] et n'ont guère à leur disposition que l'opium, un sédatif, assez largement répandu à l'époque faute de mieux. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761) Ceci implique une utilisation importante des méthodes de coercition. (Bougerol, 2011)

Dès le 19^{ème} siècle et jusqu'à la moitié du 20^{ème}, c'est l'asile qui prédomine dans l'organisation de soins. « Le traitement moral proposé par les pionniers n'est plus qu'un souvenir [...], les théoriciens de l'asile avaient voulu en faire un instrument de guérison mais cela reste une utopie. [...] Dépourvu de moyens, l'asile sombre progressivement dans l'autoritarisme, voire la violence. Aux chaînes ont succédé les camisoles de force ; les patients perdent toute individualité ». (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 763) « À défaut de moyens spécifiques pour traiter la folie, on accorde à l'asile lui-même une grande importance pour isoler le patient, l'occuper et le soigner. [...] Pour Esquirol (1772-1840), successeur de Pinel, [...] l'asile lui-même est un moyen de traitement : « Une maison d'aliénés est un instrument de guérison dans les mains d'un médecin habile ; c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales ». » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 761) « L'asile est là pour isoler le patient de la société, l'enlever à l'influence des causes qui l'ont mis dans cet état et à ses habitudes de désordres pour le soumettre à une discipline d'ordre et d'autorité ». (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 762) « L'asile traduit institutionnellement l'appréhension de la folie qui prévaut au 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle. Le rôle premier de l'État est alors de protéger la société de tous les éléments susceptibles de perturber son fonctionnement normal. La vision de la société peut être comparée à celle d'une machine au bon fonctionnement de laquelle chaque citoyen, raisonnable, contribue par son travail et sa civilité. Dans cette société, le fou constitue le grain de sable qui vient perturber l'engrenage. » (Cherbonnier, 2014, p. 13)

« Ces pratiques vont se perpétuer jusqu’aux années 60. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 763) « La deuxième guerre mondiale permet l’émergence d’une prise de conscience concernant les conditions de vie désastreuses dans les asiles psychiatriques. » (Bonsack, 2016, p. 172) On commence « à s’interroger sur les effets de l’internement des malades mentaux, l’expérience des camps de concentration ayant mis en relief qu’un enfermement prolongé entraîne une perte des aptitudes nécessaires à la survie en société. » (Fleury & Grenier, 2004, p. 24) « L’inhumanité de l’asile [...] suscite l’indignation, en particulier des jeunes psychiatres [...]. Ils seront les promoteurs du changement qui s’opère après la Libération : mettre fin à l’asile inhumain par une psychiatrie humaine, ouverte sur la cité. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 765)

Plusieurs facteurs favorables au changement permettent cette évolution.

En premier lieu, l’apparition de la sécurité sociale. La « période qui a suivi la guerre a été une période ascendante, avec un élan dans beaucoup de domaines, avec des réformes dans la société telles que l’instauration de la Sécurité sociale qui a permis un progrès considérable des soins médicaux et tout particulièrement, des hôpitaux, notamment psychiatriques. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 767)

Ensuite, notons surtout le développement de la pharmacopée. « La découverte des neuroleptiques et des antidépresseurs, médicaments ayant enfin une réelle efficacité, a été un véritable événement en psychiatrie. On a vu des schizophrènes hospitalisés depuis des dizaines d’années reprendre vie et même pouvoir sortir de l’hôpital. » (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 768)

De plus, le développement de la psychanalyse, à considérer comme un changement de mentalité, permet un changement majeur en matière de positionnement : « où la relation médecin-malade était une relation d’autorité, elle devient une relation entre deux personnes égales ». (Vermorel & Vermorel, 2012, p. 767)

Enfin, le développement d’autres outils thérapeutiques est en pleine expansion et tente d’articuler des pratiques validées, mais hétérogènes les unes aux autres. « Chaque théorie du fait psychiatrique répond à une approche thérapeutique : aux théories psychanalytiques, la psychanalyse et ses nombreuses techniques dérivées ; aux théories neurobiologiques, les médicaments et les différentes techniques biologiques ; aux théories de l’apprentissage, les diverses techniques cognitivo-comportementales ; aux théories systémiques, les thérapies systémiques, de groupes et sans oublier l’antipsychiatrie et la thérapie institutionnelle, etc. » (Salvarelli, 2013, p. 19)

Ces évolutions entraînent une première vague de désinstitutionalisation au milieu des années 60. (Fleury & Grenier, 2004) « C’est ce que l’on peut qualifier de dés-hospitalisations « idéologiques », qui consiste à « libérer les fous » et à fermer des asiles considérés comme néfastes. » (Bonsack, 2016, p. 172) « Il n’y a plus de lieu privilégié de la maladie mentale. » (Fleury & Grenier, 2004, p. 27) Cette phase

correspond au passage d'un dispositif de soins hospitaliers à un dispositif de soins dans la communauté. (Roelandt & El Ghazi, 2015) Elle correspond donc plus pragmatiquement à l'émergence d'une psychiatrie communautaire constituée de structures et de réseaux de soins qui s'inscrivent dans la vie sociale, dans les luttes pour la réhabilitation sociale des patients stigmatisés par la psychiatrie. (J.-P. Martin, 2002) « Cette période (de la psychiatrie) se construit contre l'asile, dénoncé comme institution totale. La valeur principale défendue contre la primauté paternaliste de la bienfaisance est l'autonomie ». (Bonsack & Favrod, 2013, p. 228) Ce passage de l'asile à la ville n'est d'ailleurs pas encore achevé. « Il est comme un lent mouvement inexorable et souhaitable avec des avancées et des régressions. » (Roelandt & El Ghazi, 2015, p. 542) En effet, même si la période asilaire de la psychiatrie nous apparaît comme lointaine, nous sommes encore et toujours dans ce passage de l'asile vers la communauté. Le système hospitalo-centré n'a pas su évoluer et malgré une importante baisse des lits hospitaliers, la Belgique reste l'un des pays européens avec un des nombres de lits psychiatriques pour 100.000 habitants les plus élevés. (Roelandt & El Ghazi, 2015)

1.1.4. Et aujourd'hui ?

L'OMS développe depuis les années 2000, une stratégie spécifique à la santé mentale. Comme le signalent S. Thunus, G. Cerfontaine et F. Schoernaers dans leur article de 2012 « Évolution du champ de la santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins », deux documents doivent retenir notre attention à cet égard. Il s'agit d'une part du rapport sur la santé mentale dans le monde « Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » (2001) et d'autre part de la « Déclaration sur la Santé mentale en Europe : relever des défis, trouver des solutions » (2005). Ces déclarations prônent, en effet, « une prise en charge communautaire, qui permet, aux personnes de « prendre leur destin en main », contrairement aux « grandes structures d'internement ». » (Thunus, Cerfontaine, & Schoernaers, 2012, p. 2)

La période actuelle est donc marquée par un renversement du pouvoir des professionnels au profit des usagers. (Bonsack & Favrod, 2013) Il ne s'agit donc plus d'entraîner les personnes à vivre dans la communauté, dans un sas de préparation comme un milieu protégé, mais d'emblée de les soutenir dans l'actualisation immédiate de leurs compétences dans un environnement naturel. L'objectif ici n'est donc plus l'autonomie de manière abstraite et solitaire, mais l'autodétermination dans une interdépendance avec autrui. (Bonsack & Favrod, 2013) On assiste à une « rupture progressive avec un modèle où la maladie et ses traitements prédominent pour adopter un modèle davantage centré sur l'utilisateur et sur le rétablissement. L'approche par le rétablissement suppose que les professionnels accordent une place importante aux connaissances, à l'expertise, aux choix de l'utilisateur et donc de quitter leur position haute. C'est un changement de paradigme qui n'est pas évident, il chamboule les équipes tout comme les

usagers. » (Fransolet, 2017) « Cette lecture repose sur l'utilisation conjointe de trois types de ressources : les ressources personnelles des utilisateurs de services, les ressources dans la communauté qui permettent aux personnes utilisatrices de se réaliser et le large bassin de connaissances sur le rétablissement, que ce soit le savoir expérientiel ou le savoir scientifique (par exemple, les données probantes sur des programmes d'intervention en santé mentale). » (Provencher, 2007, p. 4) On peut donc affirmer que, depuis son origine, la psychiatrie n'a jamais occupé une place aussi importante, tant au sein de la médecine que de la société, ni été aussi intriquée socialement avec les pouvoirs décisionnaires et de pensée qu'aujourd'hui. (Salvarelli, 2013)

Pour conclure, nous citerons Marie Josée Fleury et Guy Grenier (2004, p. 33) qui résument concrètement ce voyage dans le temps : « L'organisation des services de santé mentale [...] résulte donc d'un parcours sinueux, ponctué par des phases de répression/enfermement de la marginalisation, de médicalisation/guérison de la folie et d'intégration/réadaptation sociale de la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. Religieux, psychiatres, omnipraticiens, professionnels de la santé et partisans d'alternative à la psychiatisation du malade se sont successivement promus comme les guérisseurs de ce malaise social qu'est la gestion des problèmes du désordre du comportement. »

1.2. De la réhabilitation au concept de rétablissement

Comme nous l'avons précédemment développé, les évolutions récentes de la Santé Mentale « amènent à considérer la réinsertion et l'autonomie du patient comme étant les principaux enjeux de la psychiatrie de la fin du 20^{ème} siècle. » (Koenig et al., 2014, p. 17). Nous allons donc maintenant développer les concepts de réadaptation, de réhabilitation et de rétablissement.

Dans quel contexte se sont-ils développés ? D'où viennent-ils ? D'où tirent-ils leurs racines ? Quelles sont les différences entre ces concepts ? Qu'englobe le concept du rétablissement ?

1.2.1. Contexte

Nous l'avons déjà abordé, mais il est utile de rappeler que d'un point de vue contextuel, « la perte de la fonction asilaire de l'hôpital psychiatrique, sans développement suffisant des soins dans la communauté a abandonné de nombreux patients à leur sort. Dans les pays où la désinstitutionalisation a été brutale, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères sont venues grossir les rangs des sans domicile fixe ou des prisonniers ». (Bonsack, 2016, p. 172) Par ailleurs, d'autres facteurs déterminants sont aussi à mentionner : l'innovation psychopharmacologique et ses avancées, tout particulièrement, la disponibilité de nouvelles générations de neuroleptiques et d'antidépresseurs sur le marché (Provencher, 2007), ainsi qu'« un renversement du pouvoir des professionnels au profit des usagers ».

(Bonsack & Favrod, 2013, p. 229) Notons également que « les interactions avec les proches deviennent plus nombreuses ». (Bonsack & Favrod, 2013, p. 228)

C'est « dans ce contexte particulier, que naît donc le concept de réhabilitation, afin de ré-entraîner les compétences perdues des personnes longuement hospitalisées. Il s'agit de préparer ces personnes, considérées comme chroniques, à vivre dans un environnement plus proche de la communauté. » (Bonsack & Favrod, 2013, p. 228) En effet, « la réhabilitation semble traduire une évolution signifiante des préoccupations thérapeutiques : du traitement des déficits et symptômes de la maladie à la considération de leur retentissement sur le fonctionnement de la personne. La réduction des incapacités et la création de nouvelles habiletés visent de manière privilégiée la diminution du handicap de la personne et ainsi la restauration de sa place de citoyen dans la société ». (Koenig et al., 2014, p. 18)

Ces caractéristiques montrent l'utilité de différencier la réhabilitation de la réadaptation. En effet ces deux termes, souvent indissociés, n'appréhendent pas les mêmes objectifs. Le concept de réadaptation « vise le développement d'un savoir-faire afin de pallier un déficit. » (Koenig et al., 2014, p. 18) tandis que le concept de réhabilitation « s'inscrit dans l'émergence d'un savoir-être avec l'objectif d'une réinsertion sociale. Le processus de réhabilitation prend ainsi davantage en considération le handicap sous l'angle de l'interaction entre la personne et son environnement. » (Koenig et al., 2014, p. 19). Or, « [penser] les répercussions pour la personne uniquement en référence à la qualité de son insertion sociale comporte le risque de privilégier l'adaptation à des normes collectives au détriment de l'appréciation de la personne. » (Koenig et al., 2014, p. 19) En effet, il est capital de tenir compte de « la façon que l'individu a de vivre lui-même, d'interpréter, et de répondre à sa maladie en tant que personne. » (Koenig et al., 2014, p. 19)

Le concept du rétablissement, que nous développerons au paragraphe suivant, apporte cette dimension particulière manquante qu'est l'individualité de la personne. En effet, « [tenir] compte du retentissement subjectif, c'est aussi considérer que la capacité adaptative de la personne [...] ne doit pas être pensée qu'en référence à des déficits objectivement mesurables. Cette posture implique de considérer l'amélioration, des habiletés psychosociales au service d'un processus allant au-delà de la réinsertion sociale : celui de la réalisation de la personne, autrement dit du rétablissement expérientiel. Le développement du pouvoir d'agir ou empowerment de la personne, intimement lié au rétablissement expérientiel ouvre davantage sur une réappropriation autonome de son existence que ne le permet le savoir- être visé par la réhabilitation. » (Koenig et al., 2014, p. 20)

Pour résumer ces trois concepts nous pourrions dire que le concept de réadaptation vise à acquérir la compétence d'un « savoir-faire », le concept de réhabilitation un « savoir-être » et que le concept du

rétablissement favorise la réalisation personnelle grâce à un « pouvoir d’agir » et un « pouvoir être ». (Koenig et al., 2014, p. 20)

Développons ce concept de rétablissement plus en profondeur.

1.2.2. Le concept du rétablissement

« Pour la médecine moderne, la santé se mesure à la disparition de la maladie. » (Bonsack & Favrod, 2013, p. 230) Pourtant, « pour une personne souffrant de troubles durables, comme [...] une maladie psychique, la perception de sa santé va consister en un état d’équilibre dans lequel elle est capable de vivre pleinement sa vie malgré le trouble. » (Bonsack & Favrod, 2013, p. 230) Dans cette même idée, le rétablissement « ne désigne pas un retour à l’état de fonctionnement prémorbide, mais bien une dynamique de transformation identitaire. » (Koenig et al., 2014, p. 21) Donc « à la différence des notions médicales de guérison ou de rémission qui désignent des modalités évolutives de la maladie, le concept de rétablissement caractérise le devenir de la personne. » (Pachoud, 2012, p. 257) Par ailleurs, « cela ne signifie pas nécessairement que la maladie ait complètement disparu, mais que la personne ait pu se dégager d’une identité de malade psychiatrique et retrouver une vie active et sociale, en dépit d’éventuelles difficultés résiduelles. En effet, c’est bien une notion du rétablissement comme amélioration de la santé et qui se comprend à la fois en opposition au mot « guérison » et en lien avec l’idée de chronicité qui est définie. C’est un « aller-mieux » dans le cadre d’un trouble psychique que l’on ne peut par ailleurs pas guérir. (Demailly, 2018) Les conséquences du trouble sur le plan existentiel sont donc prioritaires par rapport à la recherche étiologique du trouble. (Koenig et al., 2014)

1.2.2.1. Différentes conceptions du rétablissement

La littérature abonde dans la description de deux formes distinctes de rétablissement : le rétablissement objectif d’une part et le rétablissement subjectif ou expérientiel d’autre part. En quoi ces concepts sont-ils différents ?

1.2.2.1.1. Le rétablissement objectif

« Le rétablissement (objectif) est [...] conçu comme un état final, un mode de devenir favorable des malades. L’accent est mis sur les critères objectivables de stabilisation de la maladie (rémission symptomatique, absence de réhospitalisation ...), mais aussi de réinsertion socioprofessionnelle (reprise d’une activité de travail ou de formation, autonomie, restauration de relations sociales ...), et enfin sur les facteurs qui conditionnent ce devenir : les soins médicaux d’une part, mais aussi les éléments situationnels qui contribuent à ce devenir. » (Pachoud, 2012, p. 259)

Cette conception est également appelée la « conception des usagers ». (Pachoud, 2012, p. 259) « Dans cette approche, le rétablissement est moins considéré comme un but, un état final désirable dont il resterait à établir et promouvoir les moyens d'accès, que comme une démarche, un processus dans lequel ce qui importe est de s'engager, puis de progresser. » (Pachoud, 2012, p. 259) « Ce modèle soutient donc l'idée forte et porteuse d'espoir selon laquelle toute personne peut connaître le chemin du rétablissement, quand bien même elle présenterait des facteurs classiquement reconnus comme étant de mauvais pronostics. » (Koenig et al., 2014, p. 20)

L'une des définitions du concept faisant consensus est celle proposée par William Anthony. Il définit ce concept comme « un processus personnel et unique visant un changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, utile et emplie d'espoir qu'elle soit ou non limitée par une maladie. Le rétablissement implique la création d'une nouvelle signification et d'un nouveau but dans la vie de l'individu, qui apprend à dépasser les conséquences dramatiques de la maladie. » (Pachoud, 2012; Wyngaerden & Deleu, 2019, Chapitre Se rétablir dans une maladie mentale, p. 28) « Le rétablissement commence par un processus d'acceptation de soi, de sa situation, c'est accepter d'être aidé. Il conduit la personne en souffrance à se comprendre, comprendre sa situation, le fonctionnement qui en découle et les signes avant-coureurs de crises. Il ne s'agit pas d'être guéri, ou d'être totalement de sorti de ses difficultés. C'est un chemin personnel dans lequel la personne retrouve l'espoir, se projette, reconnaît qu'il est possible d'agir, de mettre en actions ses envies et ses désirs à la mesure de ses possibilités. » (Bringout, Deborman, & Feraille, 2018, p. 10-11)

Plusieurs points sont fondamentaux dans cette définition.

Premièrement, la construction sur des forces personnelles (Pachoud, 2012). « Cette idée implique une réorientation de l'attention, sur les ressources de la personne plutôt que sur ses points de fragilité ou de vulnérabilité. » (Pachoud, 2012, p. 260)

Deuxièmement, la restauration de son existence contribue à la redéfinition d'une identité. (Pachoud, 2012)

Troisièmement, la restauration du pouvoir de décider et d'agir, l'empowerment, permet la restauration d'un sentiment de contrôle sur sa vie et d'en être responsable. (Pachoud, 2012)

Quatrièmement, « l'espoir est au centre de cette dynamique qui ne met volontairement pas l'accent sur les symptômes mais sur la possibilité de retrouver un sens à sa vie, malgré la maladie. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 366)

1.2.3. Les pratiques orientées vers le rétablissement

« Cette visée du rétablissement implique une transformation des pratiques. La priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir un projet, en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche. » (Pachoud, 2012, p. 264). Néanmoins, « [nos] traitements ne sont pas aussi efficaces qu'on a tendance à le penser et les limites de l'approche standard en psychiatrie peuvent être enrichies par des pratiques orientées vers le rétablissement ». (Le Cardinal et al., 2013, p. 367).

Le défi pour les professionnels est de « regarder au-delà du rétablissement clinique et de [...] continuellement se demander si nous (les professionnels) aidons ou freinons les personnes que nous suivons dans leur processus de rétablissement. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 367). D'où apparaît la nécessité d'une « redéfinition des rapports entre accompagnants et accompagnateurs, sur un mode de partenariat. » (Pachoud, 2012, p. 264). Le soutien par les pairs prend alors ici tout son sens et est une stratégie complémentaire à celles des soins. (Pachoud, 2012)

Il est nécessaire de baser l'ensemble de nos pratiques sur l'espoir, le pouvoir d'agir (autodétermination, choix et responsabilité), l'accès équitable et la participation active aux services de la cité. (Le Cardinal et al., 2013) Le « rôle des professionnels n'est pas de faire le rétablissement mais de faciliter ce processus par leur posture et leur croyance dans les capacités des personnes à se rétablir. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 367)

1.2.4. La situation mondiale actuelle

Cette approche du rétablissement est de plus en plus utilisée comme cadre pour organiser des services de santé mentale. Sur la scène internationale, plusieurs états américains, dont le Connecticut, l'Ohio, le Nebraska, le Vermont ou le Wisconsin ainsi que des pays comme la Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Royaume-Uni ont procédé à d'importantes réformes du système de services en santé mentale en s'inspirant de cette approche. (Provencher, 2007)

Et en Belgique ? Chez nous, « le concept de rétablissement apparaît début 2000, à l'époque où les Alcooliques Anonymes de Belgique fêtent leurs 50 ans d'existence. En 2010, la réforme de la psychiatrie installée formellement sur l'ensemble du territoire voit l'utilisateur placé « au centre du dispositif ». Les intervenants en santé mentale sont donc tenus de l'écouter avant de prendre les décisions qui le concernent. Pourtant, ce n'est que timidement que le concept de rétablissement pointe le bout de son nez dans l'une ou l'autre structure de soins. » (Fransolet, 2018, p. 9-10).

Ce concept est-il pour autant à considérer comme le nouveau paradigme ? Peut-il prétendre à s'imposer en tant que tel ? Il aurait au moins l'ambition d'approfondir la mise en cause de la psychiatrie asilaire et se voudrait un levier de transformation du monde de la santé mentale. (Demailly, 2018) C'est pourquoi, nous pourrions conclure en affirmant que le rétablissement désigne aujourd'hui une visée de transformation de l'institution psychiatrique. Celle-ci a inspiré des innovations, dont le soutien par les pairs, développé lors du chapitre suivant. Le rétablissement comme paradigme approfondirait la mise en cause de la psychiatrie asilaire, obligerait la psychiatrie à travailler avec le secteur social et convoquerait l'idée de la démocratie sanitaire. (Demailly, 2018)

1.3. La pair-aidance

1.3.1. *Du rétablissement à la pair-aidance*

Déjà abordé lors du chapitre précédent (1.2. De la réhabilitation au concept du rétablissement, p. 22), la pair-aidance est une innovation issue du concept du rétablissement. En effet, « depuis les années 1990, il existe un mouvement de reconnaissance accrue des droits des patients en santé mentale. L'expression des usagers au sujet des systèmes d'aide et de soin et de l'expansion psychosociale est encouragée. » (Dujardin, Jamouille, & Sandron, 2017, p. 5-6). « De nombreuses initiatives de participation, amenant dans leur sillage les notions d'empowerment et de rétablissement, se développent. » (Dujardin et al., 2017, p. 6).

Dans ce contexte, les associations de patients ou de leurs aidants et la pair-aidance prennent tout leur sens. Comme le soulignent P. Le Cardinal et al., « L'approche orientée vers le rétablissement amène à prendre en compte un nouveau type de savoir qui n'est pas théorique mais "expérientiel". [...] cette approche se propose de travailler sur une complémentarité des différents savoirs à l'intérieur même des services, par exemple, par l'intégration de [pairs-aidants]. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 370) « Le pair-aidant accompagne ainsi les équipes de santé pour orienter les pratiques et les postures vers une dynamique du rétablissement. » (Vignaud, 2017, p. 737).

A l'instar du rétablissement, la pair-aidance apparaît milieu du 19^{ème} siècle aux Etats-Unis, dans des groupes d'anciens buveurs. C'est à cette époque que « les premiers anciens usagers sont embauchés en tant qu'intervenants dans les services d'addictologie ». (Le Cardinal et al., 2013, p. 366) Bien qu'ils soient nommés différemment, ce sont les premiers pairs-aidants (Le Cardinal et al., 2013). Ils deviennent « des modèles d'identification qui montrent que le rétablissement est possible et utilisent leur expérience de vécu pour intervenir auprès de personnes en difficultés. » (Dujardin et al., 2017, p. 6) .

1.3.2. Contexte

Le premier recensement du concept de pair-aidance est donc apparu au milieu du 19^{ème} siècle aux Etats-Unis dans le cadre de petits groupes d'anciens buveurs qui se réunissaient pour se soutenir dans leur démarche d'abstinence (Le Cardinal et al., 2013). « Les participants à ces groupes se considéraient « en rétablissement » aussi longtemps qu'ils faisaient des efforts pour maintenir leur abstinence et retrouver un sens positif à leur vie. Ce rétablissement représente une réalité personnelle, qui déborde largement le seul domaine de la pathologie médicale. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 366). « C'est à cette époque également que les premiers anciens usagers sont embauchés en tant qu'intervenants dans les services d'addictologie ; ils sont appelés *temperance missionaries*, *friendly visitors* ou encore plus tard les *recovery mentors* ou *recovery support specialists*. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 366) « En Europe, le premier groupe de soutien par les pairs recensé en santé mentale est la Lunatic Friends' Society créée en Angleterre en 1845. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 366) Par la suite d'autres associations d'anciens alcooliques voient également le jour dans d'autres pays du continent. Cette entraide est formalisée dans les années 30 par la création des « Alcooliques Anonymes » (AA). (Le Cardinal et al., 2013)

Le Cardinal et al. ajoutent : « À la fin des années 1980, Judi Chamberlin qui se définit comme « usager/survivant » de la psychiatrie lance un appel à ses pairs pour qu'ils se rassemblent et parlent d'une seule voix. Elle revendique également des systèmes d'accompagnement plus proches des besoins des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle. Derrière l'idée d'empowerment, c'est un combat politique qui est alors mené pour la réappropriation du pouvoir « par et pour » les usagers. [...] L'espoir est au centre de cette dynamique qui ne met volontairement pas l'accent sur les symptômes mais sur la possibilité de retrouver un sens à sa vie, malgré la maladie. » (Le Cardinal et al., 2013, p. 366)

Cependant, malgré les bienfaits pour les deux protagonistes, à savoir l'aidant et l'aidé, ainsi que pour leurs proches, montrés dans la littérature ; les niveaux d'appui, de financement et de reconnaissance nécessaire à la pair-aidance ne sont pas encore atteints (« Soutien par les pairs | Commission de la santé mentale du Canada », 2018). En effet, « la stigmatisation fréquemment liée aux problèmes de santé mentale empêche trop souvent l'élaboration et la mise en œuvre des politiques en la matière. La stigmatisation est en fait la principale cause de la discrimination et de l'exclusion : elle porte préjudice à l'estime de soi, contribue à la dégradation des relations familiales et limite la capacité des malades à socialiser, à obtenir un logement et à trouver un emploi. » (Organisation Mondiale de la Santé, 2006, p. 2)

Partout dans le monde, plusieurs programmes de pair-aidance se sont développés depuis les années 80. En voici quelques exemples : le programme québécois « Pairs Aidants Réseau », le programme français « Médiateurs de Santé Pairs » ou encore le programme anglais « Mind's peer ».

Et en Belgique ? La pair-aidance est arrivée chez nous au début des années 2000 via le secteur de la précarité (Service Public Fédéral Intégration Sociale) avec la notion d'experts du vécu de la pauvreté. Pourtant récente, la question de la pair-aidance, de sa reconnaissance et de son statut se pose de plus en plus dans le secteur de la santé mentale belge. Malgré une absence de statut légal et que le métier n'existe officiellement pas, des expériences de pair-aidance ont déjà vu le jour en Belgique. Cette non-législation favorise le flou et plusieurs formes de pair-aidance ont vu le jour. Il peut notamment être bénévole ou salarié. (Psytoyens ASBL, 2015) Ce sont les associations, hôpitaux et autres dans lesquels travaillent les pairs-aidants qui déterminent les rôles et donc la fonction. (Borzi, Van Goethem, & Van Cauwenbergh, 2018)

1.3.3. Définition

« La définition du soutien par les pairs (peer support) ne semble pas faire consensus, [...] ce terme engloberait le soutien mutuel entre personnes qui composent ou ont composé avec des expériences de vies difficiles de même nature, comme par exemple, un vécu psychiatrique difficile ». (St-Onge, 2018, p. 31) Il s'agit donc d'« un usager ou ex-usager de services de soin en santé mentale, engagé au sein d'une équipe d'intervention psycho-médico-sociale. » (Psytoyens ASBL, 2015, paragr. 1) Il est nécessaire pour devenir pair-aidant que ces usagers, ou ex-usagers, aient pris du recul par rapport à leur vécu de la maladie mentale ou de la précarité. En effet, un pair-aidant peut être défini comme une personne qui a mobilisé un ensemble de ressources afin d'atteindre un stade de rétablissement suffisant pour lui permettre de mettre son expérience au profit des bénéficiaires actuels. (Dujardin et al., 2017)

« Le pair-aidant fait partie d'une équipe qui propose des aides et des soins en santé mentale. Il offre du soutien, donne du temps au patient et travaille de concert avec les professionnels. » (Wyngaerden & Deleu, 2019, Chapitre La participation des usagers en santé mentale, paragr. 37) « Étant donné sa connaissance des deux mondes, celui de l'utilisateur du service d'aide ou de soin et celui de l'institution dans laquelle il travaille, il [le pair-aidant] pourra par exemple expliquer ce que l'institution demande à l'utilisateur, ou inversement. Le pair-aidant bouscule également les pratiques en amenant le ou les vécus singuliers, les codes des utilisateurs au sein des équipes, mais aussi de l'institution en général. Il peut également participer à un niveau politique. [...] c'est en pratiquant et en se confrontant à ses pairs, aux équipes et à leurs besoins, [que le pair-aidant] développe et renforce ses compétences. La fonction est complémentaire aux fonctions du travail psycho-médico-social traditionnelles et ne doit pas remplacer l'un ou l'autre travailleur à moindre coût. » (Fransolet, Lefebvre, & Naranjo Sanchez, 2018, p. 7)

Nous pouvons affirmer qu'il s'agit donc d'un « membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue [...] qu'il vit ou a vécu un trouble mental. [Avec] le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement [le but final est] de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information ». (St-Onge, 2018, p. 31) Le pair-aidant assure sans aucun doute « un soutien émotionnel et social aux autres personnes qui partagent une expérience commune. » (« Soutien par les pairs | Commission de la santé mentale du Canada », 2018, paragr. 1)

Par sa posture particulière, le pair-aidant « ne prend pas le rôle des autres travailleurs. Sa posture spécifique se trouve dans les liens qu'il établit. On peut parler d'une relation triangulaire entre le pair-aidant, les publics et l'institution. Il peut, dans ce contexte, être facilitateur de la communication entre les deux autres. Le pair-aidant a la particularité de parler aux publics accueillis en « je » en dyade des autres travailleurs qui parlent plutôt au nom de l'institution. Comme il a partagé une expérience proche de celles des utilisateurs, il développe plus naturellement une solidarité et de l'empathie. » (Batugowski, Legrand, & Van Huyck, 2018, p. 7) Le terme « pair-aidant » implique une relation de support entre égaux et basée sur des expériences communes. Comme nous le savons, la maladie mentale peut créer des sentiments de honte, de stigmatisation et d'isolement. L'un des moyens de les contrer est de montrer aux usagers qu'ils ne sont pas seuls. Que d'autres, bien que non guéris, ont pu avancer sur le chemin du rétablissement et vivent des vies considérées comme normales avec leur maladie. (Coleman, Ellis, & Taylor, 2007)

Par ailleurs, les pairs-aidants possèdent les codes sociaux des professionnels, comme ceux des usagers, ce qui leur permet d'être légitimes et de faire le lien entre ces deux mondes parfois très éloignés. (Godrie, 2017b) Ceci les aide à obtenir « des informations que ces derniers (les soignants) n'obtiennent pas et apportent aux personnes suivies un point de vue que les autres intervenants ne peuvent pas leur apporter, par exemple, lorsqu'ils discutent de la prise de médicaments et de ses effets sur leur libido ou encore des relations qu'ils entretiennent avec les psychiatres. » (Godrie, 2017b, p. 13) Leur positionnement et leur légitimité permet « d'aller au-delà de la frontière qui arrête les intervenants ». (Godrie, 2017b, p. 13) En effet, « contrairement aux soignants, les [pair-aidants] ont la légitimité institutionnelle d'évoquer leurs souffrances et leur parcours de vécu. [Ainsi], grâce à leur compréhension empathique vis-à-vis des usagers, « une résonance émotionnelle » et la possibilité de créer des « passerelles expérientielles » où la souffrance, généralement indicible, peut être évoquée et reconnue. » (Dujardin et al., 2017, p. 8).

Bien que ses savoirs académiques soient importants, « les aptitudes du pair-aidant sont avant tout liées à son parcours et son cheminement en santé mentale. Au même titre que les autres intervenants, le pair-aidant travaille au service du rétablissement et à l'intégration sociale des usagers. » (Psytoyens ASBL, 2015, paragr. 1) Le concept du savoir expérientiel semble donc central dans la pair-aidance. Il se définit

comme le savoir issu de l'expérience des problèmes de santé et/ou de précarité, de la connaissance de sa trajectoire de soins et de services, ainsi que des répercussions qu'ont ses troubles sur sa vie personnelle et celle de son entourage, mais aussi sur des savoirs rationnels ou techniques (connaissances scientifiques ou institutionnelles). (Pomey et al., 2015; Sarradon-Eck et al., 2012) La finalité n'est pas de montrer aux bénéficiaires comment guérir, mais de les accompagner sur leur propre chemin vers le rétablissement car les patients ont besoin de trouver leurs propres solutions et construire leur voie personnelle. Être un pair-aidant, implique d'être en mesure d'accompagner l'autre et ne pas essayer de « réparer » ou « régler » le problème à sa place. (Coleman et al., 2007)

En résumé, « sans être à strictement parler un professionnel de la santé, le pair-aidant est quelqu'un qui fait bénéficier une institution de soins de son savoir propre, il fait partie intégrante de l'équipe qui propose des aides et des soins mais n'est pas à proprement parler un soignant, même s'il travaille de concert avec les professionnels. Il offre du soutien, donne du temps aux usagers, accompagne les malades... il entre ainsi dans une relation directe d'aidance. Complice, il se considère plus comme un « facilitateur » que comme un médiateur. » (Absil, 2014, paragr. 9) Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires. (Repper & Carter, 2011)

1.3.4. Aspects cliniques de la pair-aidance

1.3.4.1. Aspects cliniques et apports de la pair-aidance

La logique de cette partie concernant les aspects cliniques liés à la pair-aidance, à savoir les rôles et apports de celle-ci, suit l'implication du pair-aidant. Les effets de cette dernière peuvent être séparés en quatre niveau : auprès du bénéficiaire, auprès du soignant traditionnel, auprès du pair-aidant et auprès de la population de façon générale.

1.3.4.1.1. Pour le bénéficiaire

Cette partie concerne les rôles et apports de la pair-aidance directement auprès des usagers. Il s'agit de la base du travail du pair-aidant. Sa raison d'être. (Kowalski, 2017) Plus précisément, c'est « le partage d'expériences avec des personnes afin de développer un mieux-être dans la difficulté ; empathie, écoute active, mise en avant des forces, augmentation de la qualité de vie, accompagnement des crises et des dynamiques de rétablissement, témoignages et partages d'expériences. Mais aussi des outils pratiques (ressources) pour le rétablissement », comme l'animation de groupe et les réflexions individuelles pour la construction de projet, la confiance en soi et les discussions autour de la stigmatisation. (Fransolet, 2019; Jacobson et al., 2012; Kowalski, 2017, p. 18) A ce niveau, le pair-aidant peut travailler dans

l'informel en rencontrant l'utilisateur dans la cafétéria, dans un couloir ou encore dans des situations plus formelles en rencontrant le bénéficiaire en entretien individuel ou au sein de groupes de paroles. (Fransolet, 2019)

« Ces activités, que les auteurs rangent dans la catégorie de l'advocacy, contribuerait « dans l'institution et en dehors de celle-ci [à] équilibrer les pouvoirs entre usagers et professionnels » [...] ainsi qu'à informer et à éduquer les usagers des services sur leurs propres problèmes de santé mentale. » (Godrie, 2017a, p. 83). L'advocacy est définie comme étant « s'attaquer à un problème ou à une difficulté dans l'atteinte d'un service ou à une atteinte des droits. [...] Dans la pratique, [cela] concerne autant le travail que les [pairs-aidants] font en se battant pour ce que veulent les clients que le travail qu'ils font pour prodiguer au client les moyens de battre pour eux-mêmes » (Jacobson et al., 2012, p. 4). Il semblerait qu'aider les usagers à naviguer au sein du système de soins de santé soit une grande part de l'advocacy. (Jacobson et al., 2012)

« L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) évoque également le rôle des pairs autant dans le suivi individuel que dans la mise en place d'activités de groupe ([...] des activités manuelles comme la poterie ou des sorties sportives thérapeutiques) et de défenses des droits ». (Godrie, 2017a, p. 83) Il est également à noter que les pairs-aidants « poussent parfois les usagers à « assumer une position de partenaire de leur médecin » et les incitent à négocier une médication mieux adaptée à leur besoins ». (Godrie, 2017a, p. 83) Dans cette optique, il est donc logique de considérer que le pair-aidant contribuerait « à assurer la promotion du rétablissement et de l'empowerment » (Godrie, 2017a, p. 83) ou « la participation active des usagers dans les décisions qui concernent leur prise en charge thérapeutique et les choix influençant leur vie quotidienne ». (Godrie, 2017a, p. 83-84)

Un autre volet des rôles directement auprès de l'utilisateur concerne l'information. Pour cela, il est important pour le pair-aidant de se tenir informé afin de pouvoir répondre aux questions de l'utilisateur concernant les différents services d'aides. Ce rôle, essentiel pour les bénéficiaires, est à mettre en lien avec le travail en réseau des pairs-aidants (Jacobson et al., 2012).

La littérature met d'ailleurs en avant ce « rôle de réseautage [...] ». Par exemple, [...] la connaissance du milieu communautaire d'un pair aidant a permis d'établir des collaborations inédites avec des partenaires ». (Godrie, 2017a, p. 84) Il semblerait que « les [pairs-aidants] tendent dans la mesure du possible, à privilégier des solutions « 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'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 de ressources de remplacement en santé mentale et de défense de droits des usagers des services ».

(Godrie, 2017a, p. 86) « Les données montrent que les [pairs-aidants] travaillent pour connecter les clients à des ressources autant au sein de l'hôpital qu'à l'extérieur. » (Jacobson et al., 2012, p. 5)

D'une part, le pair-aidant est particulièrement sensible à la communauté existante autour de l'utilisateur. En effet, il considère qu'à partir du moment où l'environnement dans lequel évolue l'utilisateur est bénéfique, le cheminement vers le rétablissement de ce dernier peut réellement débuter (Coleman et al., 2007). Coleman et al. (2007) mettent également en avant le fait qu'il est difficile pour certaines personnes de se sentir membres et donc intégrées dans leur communauté, avec le sentiment de ne pas répondre à la norme. En embrassant la différence et en l'utilisant afin de créer un environnement propice au rétablissement, le pair-aidant construit un réseau social autour de l'utilisateur (Coleman et al., 2007; Jacobson et al., 2012). La construction de celui-ci se fait sur deux plans. Le premier a pour but d'établir une communauté pour les usagers durant leur hospitalisation. Afin d'atteindre les objectifs, les activités organisées par le pair-aidant sont de l'ordre de la planification et de l'animation de groupes ou d'excursions pour les usagers. Le deuxième plan a comme aspiration d'aider les usagers à construire et mener une vie ayant un sens à l'extérieur de l'hôpital. A ce propos, les activités du pair-aidant concernent plutôt le suivi des usagers récemment sortis de l'hôpital et la mise en place de recommandations pour des programmes de soins basés sur la communauté. Il en profite notamment pour renforcer la relation d'aide existant entre l'utilisateur et lui. Le but étant de permettre la confiance et d'aider l'utilisateur à se souvenir qu'il est hors définition, plus qu'un « malade ». (Coleman et al., 2007; Jacobson et al., 2012)

D'autre part, la littérature met principalement en avant la majoration de l'espoir, de l'estime de soi, de la qualité de vie et de l'observance thérapeutique, ainsi qu'une amélioration de la perspective d'avenir. (Crane et al., 2016; Feraille, 2017; Fransolet, 2019; Simpson et al., 2014) Elle ajoute également une amélioration du fonctionnement social et une meilleure transition vers une vie au sein de la communauté avec une réduction des hospitalisations. Les pairs-aidants ont un rôle d'exemple. Pour les usagers, ils sont la preuve qu'il est possible d'atteindre ses buts et de se rétablir. (Crane et al., 2016; Feraille, 2017; Jacobson et al., 2012) Nous savons maintenant que les pairs-aidants tirent parti de leurs expériences de vie, comme leurs expériences de détresse, de pauvreté, d'oppression et de rétablissement, pour mieux les aider à comprendre les usagers et créer une relation empathique, de confiance avec eux. (Jacobson et al., 2012)

En lien avec la majoration de l'observance thérapeutique, la littérature amène l'idée d'une augmentation de la confiance des bénéficiaires envers les soignants traditionnels et leurs traitements. Il semblerait en effet que par leur histoire, les pairs-aidants soient plus en mesure de toucher des usagers plus résistants aux méthodes conventionnelles. Ils encouragent l'engagement des pairs-aidés et il semblerait qu'au

contact avec les pairs-aidants, ils aient une plus grande volonté d'être acteur de leur traitement. L'approche des pairs-aidants donne l'impression aux usagers qu'il est question d'eux et de leurs soins, plutôt que des pairs et de l'institution. (Crane et al., 2016; Jacobson et al., 2012)

1.3.4.1.2. Pour le soignant traditionnel

Ce niveau aborde l'implication du pair-aidant dans la représentation des pairs-aidés auprès de l'équipe de soins. Grâce à son action « [il] fait le lien entre les professionnels et les usagers. » (Kowalski, 2017, p. 18) Celle-ci a pour but de « [promouvoir] des pratiques centrées sur la responsabilisation des [usagers] en soulignant l'attitude parfois trop protectrice des intervenants et rappeler l'importance de se tenir à l'écoute des besoins tels que les [usagers] les formulent ». (Godrie, 2017a, p. 88) De par sa présence active dans les réseaux et auprès des soignants traditionnels, le pair-aidant aide également à déstigmatiser (Kowalski, 2017). Car autant les pairs-aidants tentent d'établir une relation avec le bénéficiaire, autant ils travaillent à la construction d'un lien avec leurs collègues. « Cela comprend apprendre à comprendre les priorités, valeurs, connaissances, territoires, contraintes, et stress des équipes avec lesquelles [les soignants traditionnels] travaillent. Les pairs ont été capables d'utiliser ces connaissances pour se rendre utiles ». (Jacobson et al., 2012, p. 7) A ce propos, la littérature met en avant le rôle de médiateurs que possèdent les pairs-aidants (Fransolet, 2019; Godrie, 2017a, 2017b). « Les [pairs-aidants] aident leurs collègues à mieux comprendre ce que vivent les usagers des services et à mettre sur pied des interventions qui sont perçues comme plus pertinentes et répondant mieux à leurs besoins. » (Godrie, 2017b, p. 11) Ils font donc office de lien entre les intervenants et les bénéficiaires. Ce lien se construit également « lorsqu'on confie aux intervenants pairs la mission d'accompagner les usagers dans les démarches sociales et médicales, et d'aller à la rencontre des usagers dans la rue ou dans les milieux de vie afin d'établir, par la suite le contact avec un travailleur social, un psychologue ou encore un médecin ». (Godrie, 2017b, p. 11) Cela permettrait « parfois de « récupérer » l'intervention et d'aller au-delà des défenses » personnelles des usagers. (Godrie, 2017b, p. 11) Ce rôle est perçu positivement « notamment en ce qu'il contribue à accroître la quantité et la qualité des informations disponibles à propos des personnes et de leurs contextes de vie et, ainsi, à améliorer la qualité de leur suivi. » (Godrie, 2017b, p. 11) Il est cependant important de ne pas limiter ce rôle et d'utiliser les pairs-aidants afin qu'ils persuadent ou convainquent les pairs-aidés d'adopter un comportement que les intervenants habituels n'ont pas réussi à faire accepter, par exemple l'adhérence au traitement. (Godrie, 2017b) Le risque est de créer un rapport hiérarchique entre les pair-aidants et les soignants traditionnels (Godrie, 2017b) car « [sans] une marge de manœuvre suffisante, les intervenants pairs pourraient ainsi se retrouver en position d'exécuter des tâches délimitées par leurs collègues, soit parce qu'elles sont jugées moins valorisantes ou requérant moins de qualifications, soit parce qu'ils

pourraient être de bons alliés pour “convaincre” une personne suivie d’accepter certaines interventions ». (Godrie, 2017b, p. 11)

Les pairs-aidants « joueraient également un rôle dans l’adoption d’un langage moins stigmatisant à l’égard des usagers. Un intervenant interrogé [...] 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] ». (Godrie, 2017a, p. 84) Ils participeraient donc à une sensibilisation des travailleurs de santé face à leurs préjugés concernant les bénéficiaires, à avoir une vision plus holistique de la personne, plus large que seulement la pathologie, ainsi qu’à renforcer leur croyance dans le rétablissement de leurs patients. (Fransolet, 2019; Godrie, 2017b) « Dans certains cas, ils contribueraient même à un dépassement de l’approche médicale fondée sur les concepts de fonctionnement, de diagnostics, de traumatismes et de handicaps pour envisager les difficultés rencontrées par les personnes dans un cadre social et environnemental plus large. » (Godrie, 2017a, p. 84) Dans cette logique, les pairs-aidants ont également pour objectif un changement de perspective. Ils souhaitent en effet aider les intervenants traditionnels « à considérer les diagnostics comme des perspectives » plutôt que telle une finalité. (Godrie, 2017a, p. 87) « Ce changement de perspective introduit la possibilité que le diagnostic ne soit plus le même aujourd’hui, 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 ». (Godrie, 2017a, p. 87) Il s’agirait de considérer « 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 [des] impressions cliniques à un diagnostic, celui-ci est [...] pris comme un élément parmi d’autres dans la délibération clinique d’équipe ». (Godrie, 2017a, p. 88) « 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 ». (Godrie, 2017a, p. 88)

Bien que ce soit une position difficile, le pair-aidant fait le lien entre l’usager et le soignant traditionnel. De ce fait, il lui est possible d’apporter des « [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 ». (Godrie, 2017a, p. 88) Le pair-aidant amène donc des idées nouvelles et des retours sur le vécu des usagers. (Fransolet, 2019) Il lui est donc également possible d’offrir de nouvelles pistes de réflexion et parfois de retarder ou remettre en question certaines prescriptions médicamenteuses. Comme tout soignant, il a en effet à l’esprit la qualité des soins, à savoir que la personne bénéficie des soins dont elle a effectivement besoin. (Godrie, 2017a, 2017b; Macq &

Thunus, 2018) Les compétences et les connaissances du pair-aidant servent également d'exemples pour le soignant cherchant de nouvelles façons de travailler. (Fransolet, 2019; Jacobson et al., 2012) En effet, même si les idées de prises en charge transmises par le pair-aidant ne sont pas toujours réalistes, elles offrent l'avantage de remettre en question les pratiques routinières. (Repper & Watson, 2012)

Les apports de la pair-aidance auprès des équipes de soins sont eux aussi multiples.

En premier lieu, les pairs-aidants « peuvent insuffler un processus de démocratisation du pouvoir du soin et de l'intervention sociale, car ils permettent à tous de mieux rendre compte des écarts qui peuvent exister entre les codes des institutions et les vécus, les réalités et les aspirations des usagers. Avec leur compréhension particulière du monde des usagers mais aussi des institutions auxquelles ils sont rattachés, ils peuvent fonctionner comme des traducteurs, des traits d'union entre les acteurs de l'intervention [...] pour permettre de rapprocher les points de vue et de déployer le dialogue et la communication. » (Dujardin et al., 2017, p. 8) En effet, par son bilinguisme, le pair-aidant amène une compréhension plus fine de la réalité des usagers et une contribution à la mise en place de soins et services répondant plus directement à leurs besoins. (Godrie, 2017a, 2017b) Il est « un regard complémentaire à celui des proches et des professionnels ». (Fransolet, 2019, p. 21)

Ensuite, le rôle d'exemple que les pairs-aidants ont auprès des bénéficiaires peut être étendu auprès des équipes de soins. Pour eux également, la pair-aidance est la preuve qu'un rétablissement est possible. (Fransolet, 2019; Jacobson et al., 2012) La pair-aidance permet aux soignants d'adopter une vision plus positive du devenir des maladies mentales et de sortir de la fatalité liée aux diagnostics. En effet, le modèle sémiologique qui leur est enseigné, en ce qui concerne la schizophrénie par exemple, est celui d'une maladie chronique et irréversible. Le pair-aidant amène de l'espoir aux soignants. Il aide donc à améliorer l'image de l'utilisateur au niveau des équipes de soins et de la société car sa présence sur le terrain participe à la déstigmatisation des souffrances psychosociales. (Dujardin et al., 2017; Fransolet, 2019)

Enfin, le pair-aidant aide le soignant traditionnel à se « centrer sur le rétablissement [et] la citoyenneté des usagers ». (Fransolet, 2019, p. 21 ; Jacobson et al., 2012) « Le pair-aidant et les professionnels des secteurs psycho-médico-sociaux doivent pouvoir accompagner et soutenir les publics dans ce parcours (de rétablissement). Ils peuvent se positionner comme des facilitateurs, fournir des outils, organiser des espaces de discussion qui leur permettent de mieux se comprendre ou de s'interroger sur leurs parcours. » (Bringout et al., 2018, p. 11)

1.3.4.1.3. Pour le pair-aidant

Les avantages de la pair-aidance pour les pairs-aidants eux-mêmes sont eux aussi multiples. La réinsertion professionnelle des pair-aidants améliore leur estime personnelle et leur qualité de vie. (Fransolet, 2019)

En effet, le travail auprès de leurs pairs encore usagers des services de santé mentale leur permet de continuer leur chemin vers le rétablissement. Ils continuent de grandir, de développer leurs compétences et de bénéficier des bienfaits d'être employés. (MacLellan et al., 2015; Simpson et al., 2018) Leurs interactions avec leurs collègues pairs-aidants et les usagers permettent de voir les bénéfices de faire partie d'un groupe et de donner du sens à leurs expériences. (MacLellan et al., 2015)

De plus, selon MacLellan et al. (2015), la participation sociale des pairs-aidants diminue leur anxiété et leur mal-être alors que les relations sociales augmentent leur motivation d'aider. La littérature met d'ailleurs en avant que l'altruisme est l'un des outils les plus efficaces pour stimuler un individu à se soigner. Avec l'expérience, les pairs-aidants deviennent plus tolérants et comprennent mieux leur position sur le chemin vers le rétablissement. Les liens qu'ils construisent avec les autres pairs-aidants augmentent leur confiance en eux.

1.3.4.1.4. Pour la population

« À ce niveau, le pair-aidant diffuse l'information. Il peut être amené à participer aux « Groupes de Production de Savoir » (GPS), des tables rondes, réunions, colloques, ..., partout où la philosophie de la pair-aidance peut trouver un écho. Il est à noter que le « Travail de Fin de Formation » (TFF) de la formation pair-aidance à l'UMONS trouve ici sa place. » (Kowalski, 2017, p. 18) C'est ici que les interventions des pairs-aidants au sein des universités, par exemple, trouvent toute leur importance. En effet, par ce biais, ils participent à la déstigmatisation des troubles mentaux auprès des futurs professionnels et participent « à la construction d'un nouveau paradigme ». (Fransolet, 2019, p. 17)

De plus, la pair-aidance est considérée comme étant efficiente par la possible réduction des hospitalisations qu'elle implique. L'efficacité clinique et financière de la pair-aidance est une question de recherche importante. Il y a des bénéfices potentiels pour le bien-être des patients à une étape de transition difficile et pour la réduction des coûts pour le système de soins de santé. Les ressources pouvant dès lors être employées ailleurs. Cependant les résultats de la recherche à ce propos restent non significatifs. (Simpson et al., 2014)

1.3.4.2. Formation

En ce qui concerne la formation des pairs-aidants, deux points de vue semblent se confronter. D'un côté, il y a ceux qui, à l'instar de la Commission de la santé mentale du Canada, pensent que les pairs-aidants « devraient être encouragés à parfaire leurs connaissances et leurs compétences lorsque l'occasion se présente. » (Sunderland, Mishkin, Mahajan, & Grenier, 2013, p. 28). Et de l'autre côté, il y a ceux qui pensent que « plus les personnes détentrices de savoirs expérientiels se professionnaliseraient, plus elles se spécialiseraient, perdant ainsi l'approche globale et l'attention au quotidien de leurs pairs qui les caractérisent. La professionnalisation est ici perte d'authenticité de l'approche expérientielle. » (Godrie, 2017b, p. 10).

De façon générale, la formation des pairs-aidants commence par une connaissance et une acceptation de soi. (Coleman et al., 2007) « L'expertise du vécu n'est pas sanctionnée par un diplôme, un certificat. Dès lors, un premier pas réside dans la prise de conscience, chez le pair-aidant lui-même, de cette expertise liée à son vécu en santé mentale. » (Psytoyens ASBL, 2015, paragr. 4) Il s'agit d'une étape sur le chemin vers le rétablissement.

Les profils des pairs-aidants sont autant variés qu'il y a de pairs-aidants. Cependant, les candidats devraient avoir eu l'expérience de la souffrance sociale et / ou psychique. Ces personnes devraient avoir développé des compétences pour faire face et donc avoir des connaissances ou être familiers avec le système de soins de santé ainsi que social. Elles devraient également avoir connaissance des droits du patient. Elles devraient être suffisamment loin sur le chemin vers leur rétablissement pour pouvoir tirer profit de leur expérience. Elles doivent être actives dans la communauté et avoir envie d'accompagner d'autres usagers, mais aussi de collaborer et construire la profession. (« Formation "Pair-aidance" 2018 », 2018; Jacobson et al., 2012) « En raison de son propre vécu expérientiel, le participant réceptif à la formation sera d'instinct conscient de la valeur de l'espoir, du rétablissement, de l'empathie et de l'autodétermination, mais l'un des buts de la formation est aussi de lui permettre de mieux comprendre l'importance du renforcement de ces principes auprès de ses pairs. La formation relative au soutien par les pairs permettra de renforcer ces principes et beaucoup d'autres et d'acquérir les compétences qui s'y rapportent. » (Sunderland et al., 2013, p. 31)

Les pairs-aidants insistent sur « l'importance de la formation continue et de l'acquisition de certains outils d'interventions incontournables ». (Godrie, 2017b, p. 12) En plus de la formation initiale, les pairs-aidants sont formés à l'embauche. Certains ont également l'opportunité de pousser leur éducation plus loin. (Jacobson et al., 2012) Ces formations « sont axées autour de la gestion de la distance avec les personnes suivies. Ce processus de professionnalisation est enrayé par la présence de pairs dont la posture ne cadre pas avec ces normes professionnelles. » (Godrie, 2017b, p. 14) En plus des formations

formelles, les pairs-aidants « 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 un apprentissage implicite et formel - par observation, imitation, co-intervention, échanges individuels et collectifs, participation aux activités et formation continue - des normes professionnelles en vigueur dans l'intervention. » (Godrie, 2017b, p. 14)

Selon Simpson et al. (2018), la pair-aidance est en constante évolution et tend vers une professionnalisation et une standardisation. Cette évolution implique, pour certains, une remise en question de la légitimité du pair-aidant et plus particulièrement de sa formation. En effet, pour devenir pair-aidant, l'usager se forme et se redéfinit. Il passe d'un statut d'usager des soins de santé mentale à un statut de pair-aidant, ce qui pourrait potentiellement changer son identité, c'est-à-dire sa construction personnelle de qui il est. La base de la pair-aidance est de pouvoir partager son expérience auprès des usagers, une façon de dire « je suis passé par là », mais certains pair-aidants éprouveraient des difficultés à le faire et profiteraient de ce nouveau statut professionnel pour se construire une identité dont ils pourraient être fiers et qui aurait une meilleure valeur sociale et culturelle. L'une des compétences qu'il est nécessaire pour les pairs-aidants de développer est leur capacité à prendre soins d'eux-mêmes. Plus que d'utiliser des méthodes coping (stratégies pour faire face au stress), il s'agit de continuer de grandir et de se développer aux côtés des bénéficiaires et des équipes de soins. Chaque accompagnement est unique. Pour être capables de le faire au mieux de leurs capacités, les pairs-aidants doivent se sentir bien et confiants en leurs capacités. Il est donc nécessaire que leur travail personnel continue et qu'ils continuent donc d'avancer sur le chemin du rétablissement. (Coleman et al., 2007; Simpson et al., 2018)

« D'autres études dépeignent plutôt la professionnalisation comme un processus bénéfique permettant à ces personnes de gagner leurs galons d'intervenants disposant d'un recul suffisant par rapport à leur expérience. » (Godrie, 2017b, p. 10) La professionnalisation devient donc « un processus par lequel des intervenants pairs adoptent progressivement les standards de l'intervention tels que définis par leurs collègues travailleurs sociaux. » (Godrie, 2017b, p. 11).

En en Belgique ? Du côté belge francophone, c'est l'Université de Mons qui forme les pairs-aidants. « Ce programme s'adresse à des personnes qui ont vécu l'expérience de la grande souffrance sociale et/ou psychique. Elles ont mobilisé des ressources et développé des compétences pour faire face. Elles s'en sont sorties suffisamment pour tirer un savoir de cette expérience de vie. Elles souhaitent faire une formation à la pair-aidance, afin de mettre leur expertise et leurs savoir-faire au profit d'autres personnes qui vivent des situations similaires. » (« Formation "Pair-aidance" 2018 », 2018, paragr. 1) Il existe des conditions d'accès à cette formation et pour pouvoir y être admis, les candidats rencontrent plusieurs fois les responsables. (Fransolet, 2019) La formation est dite co-construite. C'est-à-dire qu'elle est

organisée sous forme de modules auxquels différents intervenants sont invités. Ensemble, ceux-ci et les futurs pairs-aidants réfléchissent à la pair-aidance et en construisent une définition. Ce n'est pas une formation théorique, mais elle fonctionne par question/réponse avec une dimension de réflexion personnelle sur son parcours de vie. (Fransolet, 2019)

2. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les pairs-aidants (C. Donners)

2.1. Méthodologie

Ce chapitre concernant les résistances à l'intégration de la pair-aidance dans les unités de soins traditionnelles est réalisé à partir d'une revue de la littérature internationale et nationale en français et en anglais.

La recherche a été effectuée sur les bases de données PubMed et Google Scholar à partir de deux équations de recherche.

- PubMed: “((((((peer support) OR peer support worker) OR paid peer support) OR star worker) OR peer specialist) AND implementation) AND mental health”;
- Google Scholar: ““peer workers” + “mental health” + “implementation” - “integrated care” - “community””.

Nos critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les articles devaient traiter de l'intégration de la pair-aidance en santé mentale dans le milieu professionnel ;
- Les articles devaient prendre en compte le point de vue des pairs-aidants ;
- Les articles devaient être écrits en français ou en anglais ;
- La date de parution devait être comprise entre 2014 et 2019 pour PubMed et entre 2015 et 2019 pour Google Scholar.

De ces équations de recherche, 588 articles sont sortis. Après lecture des résumés, 21 d'entre eux ont été sélectionnés pour une lecture complète. Finalement, 11 articles pertinents à cette recherche ont été inclus dans la revue de la littérature.

2.2. Résistances

Les différentes résistances émanant des pairs-aidants concernant leur intégration dans le milieu professionnel peuvent être regroupées en 4 grandes catégories : (1) les résistances liées à la pair-aidance, (2) les résistances liées aux professionnels, (3) les résistances liées aux usagers, (4) les résistances liées au contexte. Celles-ci peuvent, à leur tour, être divisées en sous-catégories.

2.2.1. Les résistances liées au pair-aidant

Ces blocages sont principalement liés au manque de clarté du rôle, le manque de crédibilité du rôle et les antécédents du pair-aidant.

2.2.1.1. Le manque de clarté du rôle

Celui-ci est régulièrement mis en avant par la littérature comme blocage à l'implémentation de la pair-aidance. (Ehrlich, Slattery, Vilic, Chester, & Crompton, 2019; Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Siantz et al., 2018; Swarbrick, Tunner, Miller, Werner, & Tiegreen, 2016; Vandewalle et al., 2016; Villani & Kovess-Masféty, 2018; Walsh, McMillan, Stewart, & Wheeler, 2018) Les pairs-aidants l'identifient d'ailleurs comme étant le principal facteur influençant leur intégration. (Mancini, 2018)

Les pairs-aidants transmettent que ce manque de clarté induit chez eux de la frustration, de la confusion et de l'hésitation dans la réalisation de leur rôle, mais aussi un besoin de temps plus important pour s'adapter à leur lieu de travail. (Vandewalle et al., 2016) De plus, il peut mener à confier des tâches au pair-aidant qui ne relèvent pas de son rôle, c'est-à-dire « non centrée sur l'utilisation de leur expérience de vécu pour aider d'autres dans leur rétablissement ». (Mancini, 2018, p. 130)

Le manque de clarté dans le rôle implique également un manque de clarté dans les attentes du pair-aidant. (Swarbrick et al., 2016) De ce fait, il est possible que les attentes des pairs-aidants diffèrent de celles des professionnels de santé, ce qui peut causer des tensions au sein de l'équipe et des difficultés d'intégration. (Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018) Les pairs-aidants transmettent « qu'ils étaient souvent engagés dans des organisations avec peu d'informations concernant ce qu'ils allaient faire. Ils rapportent aussi avoir vu leur rôle changer de façon inattendue au cours de leur contrat ». (Mancini, 2018, p. 130)

2.2.1.2. Le manque de crédibilité

Ce manque de crédibilité, induite notamment par un manque de standard professionnel, le peu de formation et l'absence de comportement perçu comme professionnel et de compensation financière correcte, peut provoquer chez le pair-aidant un besoin de justifier sa position. (Ehrlich et al., 2019; Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman, & Young, 2015; Vandewalle et al., 2016)

A ce propos, la question de la formation est source d'interrogation pour les pairs-aidants. (Ehrlich et al., 2019; Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Swarbrick et al., 2016; Vandewalle et al., 2016; Walsh et al., 2018) Les pairs-aidants rapportent une différence entre leur formation et les spécificités de leur travail. (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016; Walsh et al., 2018) Ils

transmettent un besoin de formation accrue en aval, notamment en ce qui concerne l'évaluation du risque de suicide, la santé mentale en général ou encore les spécificités organisationnelles, telles que l'administratif (Gillard et al., 2015; Hamilton et al., 2015; Walsh et al., 2018), mais aussi de façon continue en amont afin de garder leurs compétences (Mancini, 2018). Bien qu'ils estiment que la formation donne de la crédibilité à leur profession (Gillard et al., 2015), certains pairs-aidants craignent qu'une formation trop importante et standardisée diminue leur flexibilité professionnelle et les fasse ressembler aux autres soignants (Gillard et al., 2015; Vandewalle et al., 2016). Certains pairs-aidants déplorent également une supervision inadéquate de la part de leurs managers. Surtout en début de carrière. (Ibrahim et al., 2019; Siantz et al., 2018; Vandewalle et al., 2016).

Un autre blocage lié au manque de crédibilité a trait au sentiment du manque d'appartenance qu'éprouvent certains pairs-aidants. (Ehrlich et al., 2019; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Siantz et al., 2018; Vandewalle et al., 2016) Ce dernier peut également être lié au passé du pair-aidant. En effet, certains pairs-aidants rapportent se sentir exclus par leurs collègues. (Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018) Étant donné leur fonction, ils ne sont plus des usagers, mais ne sont pas non plus des professionnels de santé comme les autres et ce changement d'identité n'est pas toujours facile à accepter. (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016)

2.2.1.3. Les antécédents du pair-aidant

Bien que le passé des pairs-aidants soit considéré comme une force, il est possible que certains troubles résiduels liés à leur pathologie, tels que des troubles cognitifs, affectent leurs performances. (Vandewalle et al., 2016) Le fait de partager son expérience de vécu peut aussi être source de stress et provoquer des rechutes (Vandewalle et al., 2016; Villani & Kovess-Masféty, 2018), de même que le changement identitaire induit par le changement de statut de bénéficiaire de services de santé mentale à soignant au sein d'un tel service (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016). De ce fait, les pairs-aidants insistent sur la nécessité d'être prêts avant d'entrer dans le milieu du travail. (Vandewalle et al., 2016)

2.2.2. Les résistances liées aux professionnels

Les résistances des professionnels perçues par les pairs-aidants ont principalement trait à la méconnaissance de la pair-aidance, la stigmatisation et les routines professionnelles.

2.2.2.1. Méconnaissance de la pair-aidance

Les pairs-aidants estiment qu'une méconnaissance et donc une incompréhension de la pair-aidance peut causer divers préjudices à leur intégration. (Ehrlich et al., 2019; Gillard et al., 2015; Hamilton et al., 2015; Siantz et al., 2018; Vandewalle et al., 2016)

Pour commencer, cette méconnaissance peut rendre le contact entre les pairs-aidants et les professionnels difficile. En effet, les pairs-aidants ont parfois l'impression que les professionnels ne savent pas comment se comporter avec eux, ni quelles tâches leur confier et ont dès lors tendance à se référer à leur diagnostic comme base d'approche et de justification du rôle. (Ehrlich et al., 2019)

De plus, les pairs-aidants ajoutent qu'ils ont l'impression que les professionnels pensent qu'ils ne savent pas gérer les difficultés inhérentes à une pratique professionnelle. Dès lors, des tensions liées à la similitude des rôles peuvent subvenir. (Gillard et al., 2015; Vandewalle et al., 2016) Ils pensent que ceci peut être source d'insécurité pour les professionnels qui pourraient craindre que les pairs-aidants deviennent de la main d'œuvre moins chère. (Gillard et al., 2015) Les pairs-aidants ont peur que ces tensions deviennent sources de leur exclusion par les professionnels. (Mancini, 2018; Villani & Kovess-Masféty, 2018)

Selon les pairs-aidants, une autre source d'exclusion est, quant à elle, en lien avec l'un de leurs rôles. Il est de leur ressort de plaider en faveur des usagers et donc de renvoyer aux professionnels un comportement incompris ou une nouvelle façon de travailler. A ce propos, certains pairs-aidants rapportent des situations où ils avaient le sentiment que leur opinion n'était pas considérée comme autant valable que celle des autres membres de l'équipe. (Mancini, 2018)

2.2.2.2. Stigmatisation

Être pair-aidant implique de divulguer une partie de son passé dans le but d'aider d'autres personnes sur leur chemin vers le rétablissement. Les pairs-aidants ont le sentiment que ceci peut être source de stigmatisation de la part des professionnels. (Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Siantz et al., 2018; Vandewalle et al., 2016; Walsh et al., 2018). Les pairs-aidants décrivent la stigmatisation à plusieurs niveaux. Celle-ci peut être directe, « quand les professionnels ont une attitude perçue comme paternaliste auprès des pairs-aidants » (Vandewalle et al., 2016, p. 244), ou indirecte, « quand les professionnels utilisent un langage ou des traitements irrespectueux envers les usagers » (Vandewalle et al., 2016, p. 244). En termes d'exemples, nous pouvons citer les attentes plus basses en termes de travail que pour les professionnels ou une identification des variations normales de l'humeur comme symptômes d'une rechute. (Mancini, 2018)

Ensuite, les pairs-aidants rapportent qu'il est important « d'adresser le manque de support organisationnel, de formation et de guidance sur des accommodations appropriées pour les pairs ». (Mancini, 2018, p. 131) Par accommodations appropriées, les pairs entendent notamment des jours de repos lorsqu'ils se sentent moins bien. (Mancini, 2018)

Enfin, dans leur article, Walsh et al. (2018) amènent l'idée d'une troisième stigmatisation rapportée par les pairs-aidants. Elle surviendrait plus tard, lorsqu'un pair-aidant souhaiterait se réorienter. Si une personne a été pair-aidante, c'est qu'elle a bénéficié des services de santé mentale et/ou de précarité. Et bien que cette expérience de vie lui ait permis de faire de la pair-aidance, il est possible qu'elle lui soit préjudiciable dans la recherche d'un travail en dehors du domaine de la santé mentale et de la précarité. Les auteurs mettent en avant des craintes exprimées concernant de la discrimination. « Le titre seul les identifie comme une personne avec une expérience de vie. Donc c'est différent de n'importe quel autre... groupe professionnel ou autre métier dans la santé mentale. » (Walsh et al., 2018, p. 590)

2.2.2.3. Routines professionnelles

Les pairs-aidants expliquent que l'organisation professionnelle et les habitudes de travail divergent selon la profession. Il est donc possible qu'ils aient une idée différente de ce que sont des soins de qualité des professionnels traditionnels. (Vandewalle et al., 2016) Les pairs-aidants considèrent que leurs qualifications « ne reposent pas exclusivement sur l'expérience de la maladie et du système de soins, mais exigent d'excellentes qualités de relations interpersonnelles, de communication et d'adaptation. » (Villani & Kovess-Masféty, 2018, p. 460) Les pairs-aidants rapportent que leur approche informelle peut être perçue par certains soignants comme non professionnelle. (Vandewalle et al., 2016)

En lien avec les routines professionnelles, Hamilton et al. (2015) amènent une dernière notion qui nous semble intéressante. Il s'agit de l'organisation du travail du pair-aidant. En effet, a-t-il des dossiers sur de la durée ou voit-il au jour le jour le jour qui aurait besoin de son aide ? L'avantage du travail sur de la durée, c'est que le pair-aidant a le temps de construire un lien de confiance avec l'usager. Tandis que l'approche selon les besoins journaliers demande plus de flexibilité. Ils terminent en ajoutant que les pairs-aidants travaillant au jour le jour doivent posséder une grande motivation personnelle et pouvoir facilement s'adapter aux besoins de la structure et du bénéficiaire. Ils estiment par ailleurs que les pairs-aidants travaillant sur la durée ont besoin de plus de structure et de supervision. (Hamilton et al., 2015)

2.2.3. Les résistances liées aux usagers

Les pairs-aidants perçoivent certaines résistances à leur intégration provenant des usagers. Celles-ci sont, selon eux, principalement liées au manque d'intérêt ou de coopération, à la question de la juste distance thérapeutique et à l'effet délétère que peut avoir le partage de l'expérience de vécu.

2.2.3.1. Le manque d'intérêt ou de coopération

Certains usagers des services de santé mentale ne seraient simplement pas intéressés par la pair-aidance ou éprouveraient des difficultés à croire en son efficacité. (Vandewalle et al., 2016) Se pose également la question de l'organisation du travail du pair-aidant. En effet, a-t-il des dossiers sur de la durée ou voit-il au jour le jour qui aurait besoin de son aide ? Comme explicité plus haut dans le travail, l'avantage du travail sur de la durée, c'est que le pair-aidant a le temps de construire un lien de confiance avec l'utilisateur. Tandis que l'approche selon les besoins journaliers demande plus de flexibilité. (Hamilton et al., 2015).

2.2.3.2. La juste distance

Les pairs-aidants transmettent régulièrement des difficultés par rapport « à la définition des limites et d'une juste distance dans la relation avec l'utilisateur ». (Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Vandewalle et al., 2016; Villani & Kovess-Masféty, 2018, p. 460; Walsh et al., 2018) En effet, bien que le partage d'informations personnelles soit inhérent à sa fonction, il est important pour le pair-aidant, comme pour l'utilisateur, de faire la différence entre le lien professionnel et d'amitié. (Mancini, 2018; Walsh et al., 2018) Ces difficultés semblent surtout survenir dans des régions rurales ou lorsque le pair-aidant travaille dans un ancien lieu de soins. (Vandewalle et al., 2016)

2.2.3.3. L'effet délétère du partage de l'expérience de vécu

L'effet délétère du partage de l'expérience de vécu semble porter à deux niveaux. Le premier niveau concerne les usagers. En effet, ils pourraient être mis à mal si le pair-aidant communique maladroitement son passé, c'est-à-dire « d'une façon qui ne soutient pas le rétablissement ». (Vandewalle et al., 2016, p. 245) Le deuxième niveau concerne les pairs-aidants. Certains pairs-aidants pourraient se sentir moins bien après avoir confié une partie de leur histoire (Vandewalle et al., 2016) ou en recevant le vécu des usagers (Walsh et al., 2018).

2.2.4. Les résistances liées au contexte

Les résistances liées au contexte peuvent être divisées en deux parties : le contexte organisationnel et le contexte économique et politique.

2.2.4.1. Le contexte organisationnel

Le premier blocage lié au contexte organisationnel concerne la culture institutionnelle. En effet, il est important, pour une implémentation de pair-aidance réussie, que l'organisation soit orientée vers le rétablissement. (Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Puschner, 2018; Vandewalle et al., 2016;

Villani & Kovess-Masféty, 2018) De ce point de vue-ci, il est nécessaire que le management des équipes soit lui aussi enclin ou propice à la pair-aidance. (Gillard et al., 2015) Ceci peut être aidé par la présence de mouvements d’usagers actifs. (Puschner, 2018)

Le second blocage organisationnel est le manque de ressources et les conditions de travail. (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016) Les pairs-aidants regrettent le manque d’accès aux outils de travail (aux dossiers informatisés, par exemple), le peu de compensation financière, ainsi que le peu de temps passé auprès des usagers. Ils ajoutent se sentir isolés dans leur fonction. (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016)

Le troisième blocage organisationnel a trait au manque de satisfaction avec l’organisation. (Ehrlich et al., 2019; Ibrahim et al., 2019; Mancini, 2018; Swarbrick et al., 2016; Vandewalle et al., 2016; Walsh et al., 2018) Les pairs-aidants mettent en avant des approches institutionnelles trop formelles (Ehrlich et al., 2019; Vandewalle et al., 2016) ainsi que le peu de possibilités d’avancement dans leur carrière (Mancini, 2018; Swarbrick et al., 2016; Walsh et al., 2018).

2.2.4.2. Le contexte économique et politique

Une des difficultés liées au contexte économique et politique est le manque de financement. (Hamilton et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Siantz et al., 2018; Swarbrick et al., 2016; Vandewalle et al., 2016) Au sein d’une institution, la pair-aidance est souvent liée à un projet. Dès lors, un fois celui-ci terminé, le financement, et donc le contrat du pair-aidant, s’arrête (Vandewalle et al., 2016).

Les pairs-aidants se disent également insatisfaits du recrutement. (Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016) Ils mettent en avant le manque de certification reconnue, influençant leur crédibilité (Vandewalle et al., 2016) et déplorent le peu de pairs-aidants sur le marché de l’emploi, le taux de chômage et la quantité de contrat à durée déterminée qui créeraient de l’instabilité financière (Ibrahim et al., 2019; Vandewalle et al., 2016).

3. Les résistances à l’intégration de la pair-aidance selon les soignants traditionnels (C. Debruyne)

3.1. Méthodologie

Ce chapitre concernant les résistances à l’intégration de la pair-aidance dans les unités de soins traditionnelles est réalisé à partir d’une revue de la littérature internationale et nationale en français et en anglais.

La recherche a été effectuée sur les bases de données PubMed et Google Scholar à partir de deux équations de recherche.

- PubMed : Search (((((((peer support) OR peer support workers) OR peer support worker) OR paid peer support) OR star worker) OR peer support worker role) OR peer workers) OR peer worker) AND implementation) AND mental health Sort by: Best Match Filters: published in the last 5 years
- Google Scholar: ““peer workers” + “mental health” + “implementation”

Nos critères d’inclusion étaient les suivants :

- Les articles devaient traiter de l’intégration de la pair-aidance en santé mentale dans le milieu professionnel ;
- Les articles devaient prendre en compte le point de vue des professionnels soignants « traditionnels », toutes professions confondues (nursing, psychiatres, ...etc.) ;
- Les articles devaient être écrits en français ou en anglais ;
- La date de parution devait être comprise entre 2014 et 2019 pour PubMed et entre 2010 et 2019 pour Google Scholar.

De ces équations de recherche, 224 articles sont sortis pour la recherche sur PubMed. Après lecture des résumés, 18 articles ont été sélectionnés pour une lecture complète. Finalement, 14 articles pertinents à cette recherche ont été inclus dans la revue de la littérature.

A partir de Google Scholar, 731 articles ont été référencé. A la lecture des abstracts, 6 articles supplémentaires pour cette revue de littérature ont retenu notre attention. Ceux-ci ne figuraient pas dans PubMed. Cinq d’entre eux sont antérieurs à la période de validité scientifique fixée à 5 ans. Cependant après lecture de ceux-ci ils nous ont paru pertinents et toujours d’actualités pour pouvoir alimenter notre revue de littérature. Ils sont par ailleurs de manière assez unanime encore cités dans les bibliographies des articles parus entre 2014 et 2019.

3.2. Résistances

Dans la revue systématique réalisée par Ibrahim et al., datant de 2019, les facteurs favorisant l’implémentation et les barrières à celle-ci ont été recensé. Sur les 53 publications retenues dans l’étude concernant ce qui influence l’intégration d’un pair-aidant, 28 études identifient l’organisation culturelle de l’entreprise comme facteur influenceur, 22 la formation des pairs-aidants, 21 la définition du rôle du pair-aidant, 18 la volonté des soignants traditionnels et leur capacité à travailler avec des pairs-aidants, 11 les ressources de soutien disponibles et finalement 8 études identifient le support financier consacré à cette intégration comme facteur influenceur. (Ibrahim et al., 2019)

Étudiant les résistances des soignants à l’intégration dans cette recherche, ce sont donc principalement 18 études qui ont retenu notre attention. Par ailleurs, les études à propos de la formation et de la

définition du pair-aidant ont déjà été documentée précédemment (cf. 2. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les pairs-aidants, p.40). Bien que non abordés au sein de ce travail, retenons aussi que d'autres facteurs tels que la culture organisationnelle, les ressources financières et humaines viennent potentiellement faire obstacle à l'intégration. (Ibrahim et al., 2019)

Concernant les résistances des soignants, il est utile de se poser les questions suivantes : Le soignant est-il volontaire ou capable d'intégrer, de collaborer avec des pairs-aidants dans son milieu professionnel ? Quelles sont selon lui ses propres barrières, ses propres résistances à cette intégration ? Que craint-il ? Qu'est-ce qui lui pose problème ou question ?

La littérature répond à ces questions et recense une série de résistances des soignants qui peuvent entraver une intégration réussie. Ces résistances peuvent être regroupées en quatre grandes catégories : (1) une crainte de perdre son emploi au profit de l'intégration d'un pair-aidant, (2) une réserve quant aux compétences professionnelles des pairs-aidants, (3) une peur d'un changement organisationnel et culturel dans les pratiques soignantes quotidiennes et (4) une crainte de devoir collaborer avec une personne présentant une fragilité psychique. (Ibrahim et al., 2019)

Chacun de ces obstacles doit être développé pour en comprendre la portée. C'est ce que nous allons déployer.

3.2.1. Une crainte de perdre son emploi au profit de l'intégration d'un pair-aidant

Cette première crainte s'explique par le manque de connaissance et de compréhension du rétablissement et de la pair-aidance. (Ibrahim et al., 2019) Ces concepts ont été développés dans les chapitres précédents (cf. 1.2. De la réhabilitation au concept du rétablissement, p. 22 ; 1.3. Du rétablissement à la pair-aidance, p.27).

D'une part, les soignants qui manquent de connaissances sur les théories du rétablissement, ont un doute sur les capacités qu'ont les usagers de pouvoir retravailler un jour. « Certains interviewés pensent que souffrir d'une maladie mentale signifie que cette personne est malade et est donc incapable de pouvoir donner 100% de ses capacités sur un lieu de travail. » (Gates & Akabas, 2007, p. 297) Pour un certain nombre d'entre eux d'ailleurs, le rétablissement est tout simplement impossible. Les usagers resteraient comme figés dans leur position de bénéficiaires de soins. (Gates & Akabas, 2007)

Le pair-aidant serait dès lors à la fois victime d'une stigmatisation directe et indirecte. En effet, on parle de stigmatisation indirecte quand les professionnels s'adressent de manière irrespectueuse ou utilisent des termes ou des traitements qui manquent de respect envers les usagers. La stigmatisation directe elle, est associée aux professionnels traditionnels présentant un comportement paternaliste envers les

pairs-aidants à travers leur diagnostic ou leur expérience passée comme usagers des services de santé mentale. (Vandewalle et al., 2016)

D'autre part, ce manque de compréhension amène aussi la crainte que les pairs-aidants mettent en péril leur propre emploi, en les remplaçant dans des rôles similaires mais moins onéreux pour l'institution. Les pairs-aidants devenant alors les fonctions soignantes « bon marché » dans le milieu de la santé. (Gates & Akabas, 2007; Kilpatrick, Keeney, & McCauley, 2017) Notons également que plus on octroie un rôle généraliste aux pairs-aidants, plus cela donne l'impression aux soignants traditionnels que ceux-ci peuvent être remplacés par un pair-aidant, plus cela augmente d'avantage leurs résistances (Kent, 2019) et que si les pairs-aidants sont « utilisés en back-up des autres soignants dans des tâches que le personnel n'a pas le temps de réaliser » (Otte et al., 2019, p. 5), ce sentiment de « venir prendre leur place » est encore majoré.

Il est intéressant d'ajouter que les qualifications demandées pour être un pair-aidant présupposent la manière dont ils sont considérés dans l'institution et ceci influence évidemment la considération qu'en ont les soignants traditionnels. Certaines institutions voient l'expérience d'un trouble de santé mentale comparable à une formation académique. Elles placent donc une grande valeur dans le savoir expérientiel uniquement et démontrent alors la reconnaissance et la plus-value de ce savoir, en le considérant comme équivalent à un cursus théorique. Si ce n'est pas le cas, l'institution envoie le message aux soignants traditionnels que les pairs-aidants sont de valeur moindre qu'une autre profession. (Gates & Akabas, 2007)

3.2.2. Une réserve quant aux compétences professionnelles et à la formation des pair-aidants

Cette résistance émane d'un manque de clarté et de précision de la fonction même du pair-aidant. (Ehrlich et al., 2019; Gates & Akabas, 2007; Grant, Simmons, & Davey, 2018; Mancini, 2018; Meurk, Parker, Newman, & Dark, 2019; Villani & Kovess-Masféty, 2018) La littérature l'explique par les particularités de ce rôle, de cette nouvelle fonction. Ces particularités peuvent être regroupées en trois grandes catégories : (1) une distance professionnelle différente avec les bénéficiaires de soins, (2) une posture professionnelle distincte et (3) des notions de confidentialité et de responsabilité pas assez définies.

Les soignants ont donc des difficultés à comprendre le rôle spécifique du pair-aidant et comment au mieux utiliser leurs compétences dans les équipes de soins. Nombreux sont ceux qui ne comprennent pas quels services ils sont à même de proposer aux bénéficiaires. (Mancini, 2018)

Tout d'abord (1), les soignants expriment leurs difficultés à comprendre et à collaborer avec une distance professionnelle différente de la leur en ce qui concerne les pairs-aidants. Les exemples donnés

le plus fréquemment pour illustrer cette « distance professionnelle » différente sont les numéros de téléphones échangés entre pairs et usagers, le partage des repas ou encore l'accompagnement dans des groupes d'entraides avec les usagers. (Mancini, 2018) « Elle lui a donné son numéro de téléphone comme ça l'utilisateur pouvait l'appeler tard le soir. » (Mancini, 2018, p. 132)

Les soignants se sentent inconfortables avec ce genre de pratiques car elles mettent en lumière une frontière entre soignants-soignés qui n'est pas clairement définie. En effet, ce flou peut à terme engendrer une confusion ou une ambiguïté pour le personnel soignant. (Mancini, 2018) Ils ont également des difficultés à comprendre les différents niveaux de relations entre les pairs et les usagers, qui est d'office plus personnelle du fait que la nature de leur relation implique un partage des expériences vécues. (Mancini, 2018) Cette confusion est accentuée quand les pairs-aidants sont à la fois des amis mais aussi des pourvoyeurs de soins pour les usagers. Dans ce cas de figure, les soignants traditionnels considèrent très vite les méthodes de prise en charge des pairs-aidants comme non professionnelles. (Gates & Akabas, 2007) Il est certain que les pairs-aidants ne sont pas professionnels comme l'entend un soignant traditionnel. (Gillard et al., 2015)

Ainsi, si les professionnels reconnaissent le savoir expérientiel des pairs-aidants, ils ne considèrent pas que celui-ci soit suffisant pour rencontrer le caractère complexe du rôle d'accompagnement des équipes pluridisciplinaires. (Ehrlich et al., 2019) Ils ont en effet, selon les soignants également besoin de compétences suffisantes pour pouvoir s'adapter dans le milieu et dans le cadre d'une équipe thérapeutique. (Ehrlich et al., 2019)

Le professionnalisme du rôle de pair-aidant peut être compris de différentes manières. Si l'on cite l'une des remarques d'un des pairs-aidants interviewé par Gillard, « Professionnel signifie que tu fais ce que tu as à faire, faire ton travail, faire du mieux que tu peux, et si tu n'y arrives pas aussi bien que tu le pourrais parce que parfois tu n'es pas très bien, bien alors c'est ok, mais tu essayes quand même de le faire aussi bien que tu peux et alors tu restes professionnel. Tu as tes propres compétences et tu as tes expériences et c'est pour cela que tu es considéré comme une personne qui sait assurer le job. Pourquoi ne pourrait-on pas être professionnel ? » (Gillard et al., 2015, p. 687)

Les pairs-aidants naviguent dans un entre-deux composé de convivialité et de professionnalisme. (Demailly & Garnoussi, 2015)

Et finalement, (3) à propos de la confidentialité et le secret professionnel, le personnel soignant traditionnel a la conviction que les données médicales des usagers ne doivent pas être partagées avec les pairs-aidants. (Gates & Akabas, 2007) En effet, de nombreuses institutions sont d'avis que les pairs-aidants ne doivent pas avoir accès aux dossiers médicalisés des usagers. Derrière cette restriction d'accès s'exprime la crainte que les pairs-aidants ne sachent pas se conformer au secret professionnel

et aux politiques de confidentialité. (Gates & Akabas, 2007) Mais cette restriction peut malheureusement majorer l'incompréhension entre les pairs-aidants et le personnel soignant et ceci pour une raison évidente. Il est évidemment compliqué de s'entendre sur les objectifs visés par un traitement si uniquement les données ne sont connues que par l'une des deux « forces de travail ». (Gates & Akabas, 2007, p. 300-301)

De plus, les soignants traditionnels craignent également que les pairs-aidants ne partagent pas les informations confidentielles que leur communiquent les usagers qu'ils ont en charge. (Gates & Akabas, 2007) En effet, « Nous avons des difficultés avec nos pairs-aidants qui gardent privées des informations que l'équipe soignante n'a pas ... et nos pairs-aidants se sentent pris dans un conflit de loyauté en partageant des informations sur les bénéficiaires avec l'équipe soignante. » (Gates & Akabas, 2007, p. 301) Selon Grant, cette question de la responsabilité des usagers est primordiale. En effet, « les responsabilités attendues des pair-aidants manque de clarté et de précision pour les soignants. » (Grant et al., 2018, p. 510)

3.2.3. Une peur d'un changement organisationnel et culturel dans leurs pratiques soignantes quotidiennes

La crainte d'une modification des pratiques soignantes peut se décliner en plusieurs points : (1) Un travail en équipe moins naturel, (2) une crainte d'une remise en question des pratiques routinières, (3) une crainte de désaccord potentiel quant à la prise en charge des bénéficiaires et (4) la crainte d'un renversement de pouvoir.

Premièrement, le travail en équipe. Les professionnels traditionnels pointent le travail en équipes comme étant l'élément clé d'une intégration efficace de pairs-aidants dans un service. Le travail d'équipe inclut les concepts de camaraderie et de respect mutuel. (Mancini, 2018) Cependant ce travail en équipes peut être mis à rude épreuve quand les rencontres se font rares. En effet, les temps partiels souvent réservés aux pairs-aidants réduisent les occasions d'être en contact avec les soignants traditionnels. (Gates & Akabas, 2007) De plus, s'ajoutent à cette réalité des exemples concrets d'hésitations ou de doutes concernant l'intégration de pairs-aidants dans une équipe. En effet, pour certains soignants les fêtes de Noël, les fêtes ou tout le monde va consommer de l'alcool posent encore question : « Doit-on les inviter, s'il y a de l'alcool prévu ? » Comment donc les inclure intelligemment aux activités ou aux événements de l'institution, sans pour autant mettre les pairs-aidants en difficultés par rapport à leur chemin de rétablissement ? (Mancini, 2018) « Quelque fois nous devons penser à certaines choses bizarres auxquelles nous n'avions jamais dû réfléchir auparavant ... Comme par exemple, si nous allons à un « Happy Hour » en équipe, c'est certain que tout le monde va boire de la bière alors que faire de notre pair-aidant qui ... dans son processus de rétablissement essaye de ne consommer ni drogues ni alcool ? » (Mancini, 2018, p. 133-134)

Deuxièmement, « l'intégration de pairs-aidants cause un changement organisationnel significatif. » (Franke, Paton, & Gassner, 2010, p. 183) Ceci est potentiellement dû à l'intégration d'une nouvelle profession au sein d'une structure organisationnelle, qui possède ses propres compétences, objectifs de soins et son rôle propre qui vient perturber voire provoquer et remettre en question les manières traditionnelles de prendre soin en psychiatrie. (Vandewalle et al., 2016) De plus, cette intégration risque de perturber la manière de parler des usagers ainsi que les décisions concernant sa prise en charge thérapeutique. (Mancini, 2018) Toutes les routines des pratiques soignantes traditionnelles peuvent donc être modifiées par cette intégration. (Vandewalle et al., 2016) Les soignants craignent aussi que les pairs-aidants n'effectuent que les activités qui sont au plus près de patients : les visites à domicile, les entretiens, les groupes de paroles, etc. Les professionnels étant dès lors relégués à ce qu'ils considèrent comme secondaire et comme n'apportant pas de satisfaction ou de sentiment d'efficacité pour eux-mêmes et pour les usagers à savoir le travail administratif, la gestion des repas ou encore l'administration des traitements. (Repper, 2013)

Troisièmement, on note qu'une tension entre soignants et pairs-aidants peut apparaître quand il y a un désaccord dans la définition du soin ou de la prise en charge à apporter à un bénéficiaire. En effet, ces tensions augmentent quand les professionnels traditionnels et les pairs-aidants ont des croyances différentes sur ce qui constitue le meilleur traitement ou la meilleure prise en charge pour un bénéficiaire de soins à un moment donné. (Vandewalle et al., 2016) « Par exemple, un superviseur reprochait à un pair-aidant qu'il n'ait pas averti l'équipe qu'un usager avait arrêté son traitement mais le pair-aidant n'ayant pas accès au dossier, avait trouvé cet arrêt comme une étape dans son chemin de rétablissement... » (Gates & Akabas, 2007, p. 300)

Et quatrièmement, les soignants craignent un renversement de pouvoir et de l'apparition de nouvelles dynamiques. « Et si ... et si ce savoir expérientiel venait remplacer les services traditionnels ? » (Villani & Kovess-Masféty, 2018, p. 459) L'étude de Kilpatrick insiste sur le fait qu'effectivement « les professionnels peuvent ressentir une perte de pouvoir et peuvent se sentir menacés par l'intégration de pairs-aidants. Ce ressenti doit être envisagé comme la conséquence du changement de paradigme, du passage du modèle médico-centré des pratiques vers les pratiques orientées sur le rétablissement qui place le savoir expérientiel des pair-aidant à l'avant plan. » (Kilpatrick et al., 2017, p. 508) Le « je sais parce que je suis le professionnel » ne serait plus la seule vérité.

3.2.4. Une crainte de devoir collaborer avec une personne présentant une fragilité psychique (Ibrahim et al., 2019)

Les soignants considèrent la fragilité psychique comme un obstacle majeur à l'intégration. Ehrlich mentionne d'ailleurs les doutes des soignants traditionnels sur la capacité des pairs-aidants à se gérer et

à composer avec l'exposition, la divulgation et le partage de leur vécu, surtout dans des contextes relationnels de proximité. (Ehrlich et al., 2019) Il est clair que les pairs-aidants restent vulnérables et risquent leur propre rétablissement en se confrontant au milieu professionnel et en divulguant leur histoire personnelle aux bénéficiaires. (Hurley, Cashin, Mills, Hutchinson, & Graham, 2016) Dans une relation thérapeutique, les frontières entre soignants et soignés font partie intégrante de cette pratique. Dès lors, le dépassement de ces frontières peut placer le patient dans une position d'abus ou de domination. Il en est de même pour les soignants. Par exemple il est souvent dit que ces frontières préservent les professionnels du burnout. Pour les pairs-aidants, le fait de se dévoiler correspond à un dépassement de ses frontières continu. N'existe-t-il pas dès lors un risque autant pour le pair-aidant que pour le bénéficiaire de soins ? (Kent, 2019)

Vient ensuite la crainte de la rechute symptomatique du pair-aidant. (Repper, 2013) Les soignants traditionnels se disent en difficulté quand ils doivent jouer sur les deux registres à savoir celui de collègue et celui de thérapeute vis à vis des pair-aidants. (Gates & Akabas, 2007) Les soignants traditionnels arrivent difficilement à séparer les problèmes d'ordre de la santé mentale et les problèmes ayant un lien avec la charge de travail dès qu'il s'agit d'un pair-aidant. « Par exemple quand un pair-aidant mentionne à l'un de ses collègues qu'il trouve la paperasse administrative stressante et qu'il demande des conseils pour en venir à bout, son collègue non pair va lui répondre en l'interrogeant sur sa compliance au traitement actuel ... » (Gates & Akabas, 2007, p. 297) Un autre exemple met également ce conflit de rôle en exergue : « Si un pair-aidant appelle pour prévenir qu'il est malade, il y a toujours la même question qui plane ... y a-t-il un rapport avec sa santé mentale ... ? » ce genre de réflexion n'a pas lieu quand il s'agit d'un professionnel traditionnel qui appelle pour signaler une absence. (Gates & Akabas, 2007, p. 297) Certains superviseurs reconnaissent même qu'ils prêtent une attention plus particulière à la stabilité émotionnelle des pairs-aidants qu'à celle des autres soignants, parce que le spectre de la rechute reste présent. (Tse et al., 2017) Ce fait s'amplifie encore d'avantage quand les futurs pairs-aidants sont recrutés parmi les usagers de soins qui ont fréquenté l'institution de soins et que donc existent déjà des relations interpersonnelles de soignant-soigné entre les pairs-aidants et le personnel soignant traditionnel. (Gates & Akabas, 2007)

De plus, la gestion d'une rechute symptomatique d'un pair-aidant est également problématique car les soignants traditionnels ne connaissent pas les modalités et/ou les plans à activer lors de ce cas de figure. (Mancini, 2018)

Dans ce cas de figure, cette fragilité et/ou la gestion d'une rechute symptomatique peut être considérée comme une surcharge de travail imposée au personnel traditionnel. (Meurk et al., 2019)

Un autre facteur peut donner l'impression de surcharger le travail des soignants. Il s'agit des capacités du pair-aidant à se retrouver dans un milieu professionnel. Les soignants craignent que les pairs-aidants ne soient pas assez préparés à la réinsertion professionnelle. Cette inquiétude part de deux postulats : (1) que les pairs-aidants n'appartiennent plus depuis longtemps au monde du travail et (2) qu'ils n'ont eu accès qu'à un faible niveau d'éducation. En effet, en partant de ces deux présupposés, les soignants craignent que les pairs-aidants n'aient des difficultés à gérer les tâches administratives inhérentes à leur travail ou qu'ils n'arrivent pas à se conformer à leurs normes. (Davidson, Bellamy, Guy, & Miller, 2012) De plus certains soignants peuvent les considérer comme incapables de gérer leur stress au travail, on pense également que leur participation aux réunions cliniques engendre un « nivellement par le bas » de la réflexion clinique et pour finir ils sont caractérisés comme peu fiables et ne sachant pas faire face à des situations d'urgences. (Gates & Akabas, 2007, p. 297)

C'est pour toutes ces raisons que certains soignants peuvent penser qu'un pair-aidant constitue une surcharge de travail, comme s'ils étaient des patients supplémentaires dont ils devaient en plus s'occuper (Collins, Firth, & Shakespeare, 2016; Gillard et al., 2015; Ibrahim et al., 2019) ou comme des collègues peu fiables sur lesquels ils ne peuvent pas s'appuyer. En effet, le personnel soignant espère souvent que les pairs-aidants seront aussi fonctionnels que le personnel non pair et cette attente peut conduire à des sentiments d'insécurité dans les équipes. (Gillard et al., 2015) « Ils lui demandaient de faire des choses ... [...] C'était plus comme s'ils cherchaient chez le pair-aidant un support logistique à leur propre travail. » (Gillard et al., 2015, p. 688)

Pour toutes ces craintes développées et dans le contexte actuel des soins de santé, les soignants se pose la question suivante : « Comment pouvons-nous nous le permettre ? ou combien d'autres postes vont devoir être revus à la baisse ou supprimés afin de financer cette nouvelle fonction de pair-aidant ? » (Gordon & Bradstreet, 2015) La crainte des soignants se situe donc aussi dans des modifications budgétaires à prévoir pour soutenir le concept de la pair-aidance et les probables réductions budgétaires à d'autres niveaux qu'engendrerait la création de cette fonction. (Gordon & Bradstreet, 2015)

Certains soignants considèrent même cette nouvelle fonction comme un tokénisme. C'est Kilpatrick qui avance ce concept pour décrire comme description de la perception de la fonction de pair-aidant par les soignants. (Kilpatrick et al., 2017) Le tokénisme « fait référence à la pratique à laquelle un groupe ou un organisme a recours, afin d'inclure des personnes des minorités, dans le but de pouvoir se targuer d'être inclusives » ou encore « embaucher quelqu'un pour des simples raisons d'apparence. » (« Le tokénisme : qu'est-ce que c'est ? », 2019, paragr. 2) Ainsi, les soignants se disent perplexes quant à l'intégration d'un pair-aidant : « Cette présence ou cette intégration relève-t-elle plus du tokénisme ou

d'une réelle plus-value dans la prise en charge thérapeutique et de mixité au sein des équipes soignantes ? » (Kilpatrick et al., 2017, p. 506)

4. Conclusion de la revue de la littérature

4.1. Critique de la littérature

Après réalisation de ces revues de littérature questionnant les blocages, qui proviennent des professionnels de santé ainsi que des pairs-aidants, à l'intégration de la pair-aidance, nous formulons quelques critiques.

De manière générale, peu d'études sont consacrées à l'intégration de la pair-aidance dans le milieu psychiatrique hospitalier. En effet, la littérature met surtout en avant les avantages de la pair-aidance. Et le peu d'articles à propos de l'implémentation de programmes concerne majoritairement le milieu communautaire ou la pair-aidance « virtuelle », c'est-à-dire via des applications sur internet ou par SMS par exemple.

Nous souhaitons également mettre en évidence l'omniprésence des pairs-aidants dans la production de littérature. Peu d'articles sont exclusivement consacrés au point de vue des professionnels de la santé. Assurément, ce sont majoritairement les pairs-aidants qui interprètent et développent les difficultés d'intégration dont ils ont été témoins ou victimes. Ceux-ci ont d'ailleurs développé une littérature grise assez conséquente, notamment au Québec mais aussi en France, pour donner connaissance de leurs expériences d'intégration. Malheureusement, il n'en est pas de même du côté des soignants traditionnels. Trop peu d'études font état en profondeur de ce qui sous-tend leurs résistances éventuelles à l'intégration de pairs-aidants. Elles se contentent de résumer ces résistances à une question de volonté ou de capacité des soignants traditionnels à intégrer les concepts de rétablissement et/ou de la pair-aidance. (Mancini, 2018) Dans le même ordre d'idée, trop peu d'études interrogent le vécu des usagers dans la pair-aidance. Il est dès lors logique de se poser deux questions : l'intégration de pairs-aidants est-elle un sujet tabou dans le monde de la santé mentale ? Est-il inconcevable de publiquement exprimer son désaccord par rapport à ce concept novateur ?

Une troisième critique que nous souhaitons réaliser concerne la redondance des auteurs et études citées dans la littérature. Bien sûr, celle-ci est foisonnante, mais elle est étrangement écrite par un cercle restreint d'auteurs. Les pairs-aidants, de même que les sociologues (Madame Demailly ou Monsieur Godrie, par exemple), écrivent énormément sur la pair-aidance. En revanche, les soignants de terrain semblent peu intéressés par le sujet étant donné le peu d'écrits dont nous pouvons profiter.

Pour terminer, la littérature, principalement anglophone, n'a pas de consensus sur l'appellation de la pair-aidance. Le concept change donc de nom selon l'auteur, le programme ou le pays. La recherche de littérature est donc complexifiée à la vue du nombre de termes à introduire dans les moteurs de recherche.

4.2. Justification de la question de recherche

La revue de littérature effectuée nous a permis de mettre en avant les résistances à l'implémentation de la pair-aidance émanant autant des professionnels que des pairs-aidants. Même si peu d'études se consacrent au point de vue des professionnels, une série de résistances pour chaque intervenant ont pu être mis en lumière.

De manière générale, les craintes des professionnels rejoignent celles des pairs-aidants. L'un comme l'autre met en évidence le manque de connaissance concernant la pair-aidance, le manque de clarté du rôle, les divergences dans les attentes du pair-aidant, la stigmatisation, la fragilité psychique des pairs-aidants, le risque de rechute, ainsi que le manque de formation au rétablissement des professionnels et la culture organisationnelle non orientée vers le rétablissement. Les professionnels ajoutent quant à eux des craintes concernant le respect du secret professionnel et la peur d'un changement de pouvoir, en plus de l'apparition de nouvelles dynamiques de travail. De leur côté, les pairs-aidants craignent également leur manque de crédibilité, la distance thérapeutique et le désintérêt de la part des usagers de même qu'un effet délétère de leur pratique auprès d'eux. Ils ajoutent aussi des blocages liés au manque de financement, de possibilité d'avancement et d'accès aux divers outils de travail. Enfin, ils expriment de l'insatisfaction concernant leur manque de formation concernant l'administratif lié à leur travail.

Qu'en pensent les professionnels et les pairs-aidants de chez nous ? Comment faire pour relier les deux points de vue ? Existe-t-il des solutions à ces résistances ?

Malgré des apports qui ne sont plus à démontrer dans la littérature, peu de pairs-aidants travaillent en tant que tels et seulement deux sont salariés (cf. Introduction, p. 8). Comme explicité plus haut, peu d'études se concentrent autant sur le point de vue de l'un et de l'autre. Il nous a, dès lors, semblé pertinent d'interroger simultanément les professionnels et les pairs-aidants dans le but de confronter leur point de vue et ainsi répondre à notre question de recherche : Intégration d'un pair-aidant dans une unité de soins psychiatriques : résistance des pairs-aidants et/ou résistance des équipes soignantes ?

Partie 2 : Partie pratique

1. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les pairs-aidants (C. Donners)

1.1. Méthodologie

1.1.1. *Type de recherche*

Le but de cette recherche est d'étudier le point de vue des pairs-aidants belges francophones concernant l'implémentation de la pair-aidance et les possibles blocages de celle-ci. Comme expliqué plus tôt au sein de ce travail, le pair-aidant est un ancien usager des services de santé mentale ou de précarité qui met son expérience au profit des usagers et des professionnels de santé traditionnels. Cependant, malgré une validation des bénéfices à tous les niveaux (professionnels, usagers et pairs-aidants) dans la littérature ainsi que les recommandations de l'OMS les confirmant (Roucou, 2008), seuls deux exemples de pairs-aidants salariés au sein d'institutions étaient recensés en 2017 sur la zone Wallonie-Bruxelles (Kowalski, 2017). Comment expliquer cette faible représentation ? Ce chapitre va s'intéresser au point de vue des pairs-aidants sur la question.

Afin d'y répondre, nous avons mené une recherche de type qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 14 pairs-aidants de Belgique francophone et du service des sciences de la famille de l'UMons qui organise une formation en pair-aidance en santé mentale et précarité.

1.1.2. *Echantillonnage*

L'échantillonnage de convenance a été réalisé en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons fait le choix de contacter l'UMons et les pairs-aidants les plus « visibles », c'est-à-dire, les travailleurs salariés au sein d'institutions et travailleurs au sein d'associations œuvrant à la reconnaissance de la pair-aidance, telles qu'« En Route » et « Psytoyens ».

Dans un second temps, nous avons contacté des pairs-aidants de Belgique francophone dont les coordonnées nous ont été transmises par un pair-aidant interviewé auparavant. Nous avons d'abord essayé de les contacter via le groupe Facebook de la pair-aidance, ainsi que via l'UMons en envoyant un mail à leurs anciens étudiants. Cependant, seul un pair-aidant avait répondu à ces premières sollicitations. Deux pairs-aidants n'ont jamais donné suite à notre demande.

Les pairs-aidants ont été contactés par mail ou par téléphone, selon les coordonnées communiquées par leurs collègues. Le sujet, les objectifs, ainsi que la méthodologie du mémoire ont été expliqués à chacun d'entre eux. Ces informations ont été rappelées en début de chaque entretien. S'ils le souhaitaient, la grille d'entretien leur était transmise à l'avance. Deux pairs-aidants l'ont demandée.

Notre critère d'inclusion était : avoir été ou être pair-aidant en Belgique francophone.

Tableau 1 : Description de l'échantillon pair-aidant

Description	Pair-aidants (N = 14)
Genre	
Homme	50%
Femme	50%
Certifié UMons	85,71%
Pratique	
Pair-aidants actifs	35,71%
Pair-aidants salariés	13%
Reconnaissance de la pair-aidance	42,86%
Emploi autre que pair-aidance	13%

1.1.3. Collecte des données

L'UMons et les pairs-aidants ont été interviewés en utilisant des guides d'entretiens différents. Les deux guides d'entretien ont été réalisés sur base des revues de littérature précédemment réalisées. Le guide d'entretien destiné à l'UMons était composé de 16 questions axées autour de la formation, de l'expérience des étudiants, ainsi que de celle des professionnels qui accueillent les étudiants. 9 questions constituent le guide destiné aux pairs-aidants et sont volontairement larges et ouvertes de façon à laisser la personne s'exprimer le plus possible. Une copie des guides est disponible en annexe (cf. Annexes 1 et 3).

Les entretiens ont été majoritairement réalisés individuellement (13/15). Dans la mesure du possible, nous avons cherché à ce que les participants se sentent à l'aise et en confiance. Pour faciliter ces entrevues, nous avons laissé le choix du lieu de rencontre aux pairs-aidants. Par exemples, à la demande d'un pair-aidant, nous l'avons rencontré en compagnie de son collègue, professionnel traditionnel de santé et un entretien a eu lieu par téléphone. Nous pouvons aussi ajouter que l'entretien des représentants de l'UMons a été réalisé en présence des étudiants en stage dans leur service.

Autant la période de mailing que d'interview a duré 5 mois (avril 2019 à septembre 2019). La durée moyenne des entretiens de pairs-aidants est de 1 heure 17 minutes et 30 secondes (01 :17 :30) (range : 00 :38 :26 – 02 :18 :05). La rencontre avec les responsables de la formation de l'UMons a duré 47 minutes et 28 secondes.

1.1.4. Analyse des résultats

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés par dictaphone. Ils ont ensuite été retranscrits par verbatim. Le monde de la psychiatrie en Belgique francophone étant petit et dans le but de garantir l'anonymat des personnes interrogées, nous avons pris le parti de ne garder aucun nom de personne ou de lieux. De plus, 8 pairs-aidants sur 14 ont émis le souhait qu'il n'y ait pas d'extraits de leurs entretiens au sein du travail. Les illustrations issues des retranscriptions d'interviews proviendront donc des 6 pairs-aidants restants.

L'analyse a été réalisée sous forme de contenu thématique. Nous sommes donc parties de la totalité des blocages énoncés dans les entretiens et les avons ensuite regroupés en catégories de résistances de façon à faciliter la lecture et la compréhension.

1.2. Résultats

Les résistances transmises par les pairs-aidants lors de leurs entretiens peuvent être regroupées en 4 grandes catégories : (1) les résistances liées au pair-aidant, (2) les résistances liées au soignant, (3) les résistances liées à la formation, et (4) les résistances liées au contexte sociétal belge.

1.2.1. Les résistances liées au pair-aidant

La première difficulté soulevée par les pairs-aidants est liée au risque de rechute et d'absentéisme. Il s'agit selon eux, d'un risque à prendre en compte lors de l'engagement d'un pair-aidant dans une institution.

« La question qui revient le plus souvent est le risque de rechute du pair-aidant. C'est la question qu'on pose le plus souvent. Je réponds directement que des gens qui ne sont pas pairs-aidants, il y en a énormément, et d'ailleurs de plus en plus, qui font des burnouts et partent en congé maladie de longue durée. Donc les autres sont à risque aussi de faire des maladies et d'avoir de longues absences. Mais pour la rechute, ça fait partie du jeu. C'est un peu... c'est comme ça. Et ce que j'ai répondu, c'est que c'était aussi comme un autre boulot dans un autre domaine. C'est aux gens qui recrutent de pouvoir évaluer la personne qu'elles ont devant elles. [...] Mais quand on y réfléchit, les gens normaux ils ont autant de chances de se planter et de faire une boulette. » (PA7)

Cependant, bien qu'ils acceptent les risques, certains pairs-aidants se montrent sceptiques concernant le risque d'absentéisme majoré chez le pair-aidant. Ainsi, ils expliquent que d'autres professionnels de santé sont eux aussi plus fragiles et ne le signalent peut-être pas ou ne prennent peut-être pas autant soin d'eux-mêmes qu'un pair-aidant. Malgré tout, ils reconnaissent que le vécu du pair-aidant pourrait le rendre plus fragile qu'un professionnel traditionnel. En exemple, ils citent l'effet miroir que pourraient

avoir certains patients ou certaines situations de soins, telles que des épisodes de contentions ou certaines pathologies lourdes. C'est-à-dire que la réalité des soins vécus par les usagers actuels peut être trop confrontant pour le pair-aidant et le renvoyer à son vécu ou à une partie de son histoire le touchant encore ou pas acceptée.

« ... Ça c'est physique, c'est de l'ordre du traumatique. Voilà quoi. Le corps se rappelle de quelque chose et je le vis très mal... Mis à part ça... [...]. Je connais des gens qui peuvent décompenser. Je connais des gens qui... qui vont pas bien, qui revivent certaines choses... après ça fait écho hein ! Comme toujours. Mais c'est avec ça que je travaille. » (PA1)

« Mais je pense que ça me ferait plus mal de voir quelqu'un en obs... en plus... parce que les bénéficiaires qui sont à [institution 1] sont déjà dans un stade de rétablissement plus avancé quoi. Mais des personnes en crise ou délirantes ou en souffrance de mal-être, j'arriverais aussi à mettre de la distance entre son problème et le mien, mais je serais plus touchée. Je serais plus sensible à ça ». (PA10)

Lors de leurs entretiens, les pairs-aidants n'hésitaient pas à souligner toute la nécessité pour le pair-aidant d'être effectivement prêt à retourner sur le marché du travail. Ils ajoutent que la formation est un bon moyen de se préparer à accompagner des bénéficiaires.

« Il faut réellement que le pair-aidant soit prêt. Il y a une grande différence entre le penser qu'on peut faire quelque chose et être réellement prêt à le faire. Le pair-aidant en lui-même va être certain que oui, mais en fait, plus il avance, plus ça le détruit. Parce qu'il y a des dangers et il faut se connaître soi, savoir où sont ses limites, savoir ce qu'on peut faire ou pas. » (PA6)

Le deuxième blocage concerne la solitude du pair-aidant. Comme il n'y a pas beaucoup de postes à pourvoir, les pairs-aidants sont souvent seuls à travailler dans une institution. Et s'ils sont plusieurs bénévoles, ils travaillent souvent en autonomie. Ils expliquent que cette solitude peut être néfaste au bien-être du pair-aidant, les conséquences peuvent aller d'un mal-être au travail à un risque de rechute majoré. A qui parler ? Vers qui se tourner lorsqu'une situation avec un usager ou un collègue est problématique ? Comment réagir si on sent une rechute arriver ? Ces questions, les pairs-aidants se les posent et soulignent l'importance de leur réseau social pour leur bien-être psychique.

« Le pair-aidant n'est pas tout seul, il a son réseau. C'est important de continuer de veiller les uns sur les autres. Le soutien et le réseau du pair-aidant sont une protection pour lui et ont toute leur importance. Mis à part ça, le réseau est rassurant pour l'équipe ». (PA5)

En participant à des interventions, des supervisions et en gardant son suivi personnel, mais aussi en gardant contact avec ses amis, sa famille et d'autres intervenants pairs, le pair-aidant s'entoure et peut chercher réponse à ses interrogations ou inquiétudes.

« J'ai accès à des supervisions individuelles que j'ai... Desquelles je n'ai pas profité au début et puis voilà avec le... avec le décès de certaines personnes dans l'équipe... C'était quelque chose qui était très difficile pour moi... [...] Voilà donc je suis des supervisions individuelles une fois tous les deux mois... [...] Il y a des jours où ça va mieux et des jours où ça va moins bien... Je suis pair-aidante, mais je suis humaine quoi... » (PA1)

Bien que la nécessité du suivi personnel ne fasse pas l'unanimité auprès des pairs-aidants rencontrés, ils sont du même avis concernant la nécessité de s'exprimer et de rencontrer des pairs. En effet, tous reconnaissent ce besoin et l'estiment indispensable au bien-être psychique du pair-aidant. Ils considèrent également que la participation aux interventions, de même que l'échange entre pairs est ce qui permet au pair-aidant de rester à l'aise dans ses fonctions et le protège dans l'assimilation et l'adoption de pratiques professionnelles d'autres soignants. Ils soulignent que des interventions sont organisées par l'UMons. Alors qu'ils se disent ravis de cette initiative, ils remarquent cependant que celles-ci ne sont pas accessibles à tous, ni tout le temps. Pour beaucoup d'entre eux, Mons est éloigné et se rendre à une intervention implique de prendre congé auprès de son employeur, mais aussi de trouver un moyen de garder les enfants. Enfin, au sujet des interventions proposées par l'UMons, la majorité d'entre eux regrettent que celles-ci abordent invariablement la question du statut.

« [...] et que les supervisions... bah en fait, on aborde tout le temps un peu les problèmes des divisions de la pair-aidance actuellement, de la pratique, etc. Et finalement on ne parle plus de la pratique elle-même et on a peu d'espace pour ça. Le reste envahit. » (PA13).

Ensuite, la question d'un suivi personnel est apparue et a suscité des débats au sein des entretiens. Si certains amenaient l'avantage pour le pair-aidant de pouvoir déposer son vécu et les questions posées dans sa pratique professionnelle, notamment concernant les transferts et contre-transferts, d'autres soulignaient, qu'étant donné le changement dans les thèmes abordés lors des séances, le besoin n'était peut-être plus un suivi individuel. Ces derniers ne concerneraient plus l'histoire, le passé et la pathologie du pair-aidant, mais bien son vécu au travail. Ces derniers ajoutaient que le pair-aidant a normalement des collègues, voire des amis, avec qui il peut exprimer ses difficultés.

« Dans le sens qu'on sera toujours fragile quoiqu'il arrive. On aura toujours une fragilité quelque part. Et moi je ne conçois pas, même si on voit les crises arriver et qu'on est guéri de ne pas continuer la thérapie. Parce qu'il y aura toujours des choses qui nous mettront à mal. Parfois des petites choses de rien du tout. Mais qui vont nous mettre à mal. De un, pour parfois parler des choses qu'on aurait vécues

et que même si on en aurait parlé à notre référent au boulot ne soit pas passé avec ce qu'elle nous ait dit. Pour pouvoir grandir encore. [...] Parce qu'on ne sait jamais ce qui peut arriver ». (PA10)

« Mais les questions ne sont plus les mêmes... ça devient presque de la supervision. Alors on ne travaille plus les problématiques initiales peut-être qu'on peut avoir. Ouais, c'est très compliqué ça. En fait, moi je pense effectivement qu'il faut qu'il y ait des rencontres entre pairs-aidants, qu'il y ait des interventions, qu'il y ait des supervisions avec l'équipe. Pas en pair-aidance forcément, mais avec l'équipe et que le pair-aidant y participe aux supervisions d'équipe. Mais sur la question du suivi personnel... [...]. Dans les derniers temps de la relation thérapeutique [avec psychiatre], les questions que j'avais avaient dérivé et n'étaient plus tellement posées sur moi, mais sur mon rôle de pair-aidant en fait. [...] Pour moi, ce sont deux suivis différents en fait. » (PA13)

Le dernier blocage abordé par les pairs-aidants concerne l'angoisse d'un changement de statut : la question de la distance thérapeutique. La position soignant-soigné du pair-aidant, le caractère et l'angoisse liée à un changement de statut de patient à soignant rendent parfois difficile l'intégration.

Pour certains pairs-aidants, la gestion des limites et de la juste distance ou présence thérapeutique est parfois problématique, encore plus si dans les bénéficiaires de l'institution se trouvent d'anciennes connaissances. Ils expliquent que pour certains d'entre eux, il est compliqué de faire la différence entre des relations d'amitié et des relations professionnelles. Comment faire si le pair-aidé est une ancienne connaissance et un ami Facebook ? Comment être proche des usagers, mais garder une certaine distance liée au statut professionnel ? Comment être proche des collègues professionnels sans oublier son parcours et ce que c'est d'être bénéficiaire ? Pour certains, la frontière entre les sphères professionnelles et privées peut être floue et difficile à maintenir. Tous ont souligné le besoin d'honnêteté du pair-aidant lorsqu'une de ses connaissances bénéficie des services de son institution. Ils considèrent que c'est à lui de signaler qu'il connaît le bénéficiaire et ne peut donc pas le suivre, ni assister aux réunions le concernant. Ils précisent qu'à ce niveau, le pair-aidant doit agir comme n'importe quel autre professionnel de la santé. Ils estiment ces difficultés liées à la personnalité de la personne et soulignent la nécessité d'un processus d'engagement de façon à trouver la personne qui convient à l'équipe (cf. 1.2.3. Les résistances liées à la formation, p. 66).

« Comment ne pas intégrer le vocabulaire, les attitudes et les inquiétudes de l'équipe ? Il y a un gros travail et un questionnement personnel à faire avant d'intégrer une équipe. Comment y être attentif ? Que faire pour y faire face ? Par exemple se présenter par son prénom et communiquer à propos du patient et avec lui en l'appelant par son prénom. Ça permet de créer de la proximité et d'être dans une position différente auprès de l'équipe. Ça facilite la personnalisation du rôle du pair-aidant. Le risque est par contre un travail personnel et continu. Une vigilance est nécessaire. Et là encore, le réseau du

pair-aidant est très important afin de rester dans le côté pair plutôt que soignant. Le shift est naturel car le pair-aidant baigne au milieu des professionnels. » (PA5)

« Ce qui m'a déjà été remonté, où ça peut poser problème, c'est par exemple si un pair-aidant va travailler dans un endroit et que dans les bénéficiaires, il y a des anciens complices. Des anciennes connaissances. Ça, ça pourrait poser problème. Alors là on en revient toujours au même point, mais c'est à l'équipe qui accueille le pair-aidant de bien préparer. Mais alors ça c'est quelque chose qu'on a appris aussi dans la formation et d'ailleurs c'est une règle qui est là pour les autres intervenants aussi, c'est que parfois, on peut dire : non je ne m'occuperai pas de cette personne-là, je préfère la laisser à quelqu'un d'autre. Les anciennes rencontres peuvent parfois être un peu compliquées. Surtout s'il y a des règles pour les repas, les saluts et tout ça. Surtout si c'est quelqu'un qu'on a très bien connu ». (PA7)

1.2.2. Les résistances liées au soignant

Les pairs-aidants mettent principalement en avant le manque de connaissance des soignants à propos de la pair-aidance, du rétablissement et de l'empowerment. Ils ont le sentiment que ce manque de connaissance est la cause de plusieurs résistances de la part des soignants, notamment celles concernant le rôle du pair-aidant, souvent peu clair pour beaucoup d'entre eux, et la peur d'être remplacés par un pair-aidant.

« Ensuite, il y a cette peur que le pair-aidant vienne me remplacer. Et puis, oui le fait de devoir accepter quelqu'un qui a... un autre moment de sa vie aurait été de l'autre côté du bureau, donc un patient, ce n'est pas dans la nature d'une personne qui travaille dans la santé mentale. Et ça aussi, je peux le comprendre. » (PA6)

Concernant le rôle et la place du pair-aidant, les pairs-aidants ne sont pas d'accord entre eux. En effet, la moitié d'entre eux considèrent que le pair-aidant est hors cadre. C'est-à-dire que ce n'est pas à lui de maintenir le cadre institutionnel ou de faire respecter le règlement. L'autre moitié d'entre eux estiment qu'il s'agit de leur rôle, au même titre que les autres membres de l'équipe. Cependant, tous trouvent que le rôle et la place du pair-aidant est à travailler avec l'équipe et à voir au cas par cas.

Ils ajoutent que la stigmatisation des soignants envers les pairs-aidants est une difficulté supplémentaire à l'intégration. Ils déplorent de ne pas être considérés comme des collègues à part entière, mais encore comme des patients.

« Le fait de pouvoir faire la différence entre le patient, ou plutôt l'ex-patient, et le collègue. Le fait de ne pas prendre le collègue et de ne pas le voir comme un patient. Parce qu'il n'est pas là pour se faire traiter ou aller mieux. Il va mieux, sans quoi il ne le ferait pas. Et du coup lorsqu'il se sent pris pour un

patient, d'un niveau différent, ça fait mal. Et il y a pas mal de collègues qui peuvent avoir ce genre de mentalité. Ne pas voir la personne en tant que telle, mais en tant que malade. » (PA6)

Les pairs-aidants insistent dès lors sur la nécessité de préparer et former les équipes au rétablissement et à l'empowerment. Ils estiment que le processus de préparation doit se faire avec l'aide d'un pair-aidant et doit répondre à l'ensemble des craintes des soignants traditionnels, aussi futiles qu'elles paraissent.

« Je dirais qu'ils sont convaincus, mais qu'ils ont des peurs ouais. Ça n'empêche pas. Ils ne sont pas convaincus, ils portent l'idéal. Comme moi quoi. Ils portent la philosophie. Maintenant, ils ont des peurs qui sont légitimes qui devraient être travaillées réellement par les pairs-aidants. Pas seulement pour trouver des réponses, mais vraiment pour s'interroger. » (PA13)

Selon eux, les questions à aborder concernent entre autres : la participation ou non au staff, le rôle du pair-aidant, le type de pair-aidant qu'ils souhaitent dans leur équipe (animateur de groupes ou d'activités ou encore plutôt axé sur des entretiens individuels par exemple), mais aussi l'encadrement du pair-aidant (travail en binôme avec un membre de l'équipe ou avec un système de référent par exemple).

« [...] ça s'est très mal passé car rien n'avait été défini et il fallait que le pair-aidant trouve son propre chemin. Ce qui n'est jamais une bonne idée. On a besoin d'être encadré. C'est justement là la grande différence entre le professionnel et le pair-aidant qui a un pied dans le monde professionnel et qui a l'autre dans... On a besoin d'un encadrement. [...] Rentrer dans la fonction avec un cadre bien défini est pour moi primordial. Déjà comme ça dans tout nouvel emploi, on a besoin de temps pour trouver sa place et se chercher dans l'emploi. Le pair-aidant encore plus. S'il n'a pas au moins ce cadre-là pour se reposer dessus, ça devient très difficile. » (PA6)

« C'est une collègue, mais il faut quand même bien avoir quelqu'un qui... de référence... si je peux dire ça comme ça... à qui je peux envoyer les mails et voilà. » (PA10)

Ils terminent en expliquant qu'il est primordial que l'intégration d'un pair-aidant résulte d'une demande de l'équipe car le pair-aidant, ne fût-ce que par sa présence, questionne les pratiques.

« Il y a la peur de la remise en question, probablement, des pratiques. Ça c'est pas dit hein, mais oui certainement... mais même pour ceux qui sont convaincus là j'ai envie de dire. Ça demande un travail quoi. Et c'est violent aussi parfois... » (PA13)

Un pair-aidant amenait l'idée que les présentations dans les écoles et universités étaient plus importantes que les processus de préparation des équipes déjà sur le terrain. Pour cela, il considère qu'une sensibilisation à la pair-aidance serait plus effective sur des personnes en formation et donc qui

construiraient encore leur identité professionnelle, qu'avec des personnes, sur le terrain depuis quelques années, bien ancrées dans leur façon de travailler et de voir leur patient.

« Il n'y a pas moyen de le faire dans une équipe immédiatement [préparation de l'arrivée d'un pair-aidant]. Par contre préparer les étudiants pendant leurs études et venir leur parler et expliquer le concept et expliquer que s'ils tombent sur un pair-aidant, il n'est pas là pour prendre leur travail. Je crois que ça, donc une préparation en amont vaut beaucoup plus que tout un travail de préparation sur le lieu de travail. Parce qu'il y a toujours cette crainte. Déjà nous sommes tous réfractaires à ce qui est nouveau et c'est normal. » (PA6).

Un dernier blocage que les pairs-aidants estiment lié au professionnel concerne leur lieu de travail. En effet, beaucoup d'entre eux déplorent le fait que le pair-aidant ne puisse travailler dans un ancien lieu de soins.

« Il y a une chose qui peut arriver pour certains pairs-aidants qui ont un plus lourd passé en institutions. Ce sont les institutions qui ne veulent pas accepter comme pairs-aidants les gens qui sont passés par chez eux. Donc ça peut vraiment poser des problèmes pour certains. J'en connais deux qui ont été à beaucoup d'endroits parce que... bah voilà quand ça va pas, on change quoi. Mais maintenant dans leurs recherches ça coince quoi. Bon ça c'est autre chose. Je crois que... je peux comprendre que déontologiquement ils ne veulent pas accepter. Mais bon c'est un autre débat. » (PA7)

« Mais en fait, après ça a été super parce que l'équipe me connaissait déjà depuis deux ans. Ils savaient quel genre de fille j'étais, que je savais mettre mes distances, que je savais pas tout prendre les vécus des autres pour moi et que ça me mettait mal. Et eux ils m'ont toujours dit : la théorie on s'en fout, on veut que tu sois bien, tu as un rôle qui va super bien aller. » (PA10)

Lors des entretiens, ces derniers exprimaient une grande incompréhension par rapport à cette règle qu'ils estiment désuète. Ils pensent que c'est à eux de juger s'ils sont prêts à perdre un ancien lieu de soins et ajoutent que le professionnel de santé traditionnel n'est pas en mesure de juger si son établissement est encore une ressource thérapeutique pour le pair-aidant. Encore plus si la dernière prise en charge date de quelques années.

« C'est un sujet qui blesse. C'est humiliant pour les pair-aidants qui ont vécu ça ... de se retrouver face à un refus c'est déjà dur... Enfin, ça c'est normal, mais il y a une espèce de lien quoi. Parce qu'on a été interné à tel endroit puis on revient et... Je sais que j'en connais 2-3 comme ça qui l'ont mal vécu. C'est un vrai problème pour eux. » (PA7)

« Moi je ne veux pas. Parce que pour moi, je vous ai expliqué déjà ce que je pensais de la frontière entre vie professionnelle et vie privée. Mais pour moi ce sont des lieux ressources quoi. Ce sont des lieux que je dois encore pouvoir trouver si... Je veux dire mon plan de crise... » (PA13)

« C'est pas aux équipes de décider si on perd un lieu de soins. Franchement c'est un peu odieux. Enfin pas odieux. Mais c'est un peu se la jouer quoi ! » (PA7)

« Donc c'est vraiment au pair-aidant de voir. Pour moi c'est ça. Moi je ne me verrais absolument pas. Et pourtant j'adore certains soignants, certains... Fin j'adore... Enfin, voilà, j'étais bien prise en charge à certains endroits. Mais je n'irais pas. Mais c'est personnel. Et il y en a au contraire qui se sentent plus à l'aise de travailler dans ces lieux-là, et qui en plus... et qui du coup l'ont vraiment vécu de l'intérieur. Mais moi j'aurais trop peur de ramener des choses qui me sont personnelles. J'aurais trop peur de ça. » (PA13)

Par rapport à cette problématique, ils proposent de travailler au cas par cas en réalisant un processus de recrutement semblable à celui des autres corps de métier.

1.2.3. Les résistances liées à la formation

La formation des pairs-aidants est un sujet qui suscite bien des questions. S'ils reconnaissent son utilité pour prendre du recul, se poser et réfléchir à leur propre expérience ainsi que la crédibilité qu'elle apporte, la majorité des pairs-aidants, qu'ils aient suivi ou non la formation, considèrent qu'elle n'est pas nécessaire à un accès à la pair-aidance. Selon eux, une personne est pair-aidante grâce à son expérience et c'est à elle de juger si une formation plus approfondie lui serait utile.

« Je dirais qu'il y en a qui en ont besoin et d'autres pas. Mais je pense que c'est un bon levier... bon levier pour voir... pour que les institutions puissent faire confiance parce qu'enfin... il y a une espèce de graal... après, au niveau déontologique et c'est souvent la question qui se pose... voilà, il y en a qui peuvent avoir ça et ça tombe sous le sens cette déontologie, mais d'autres ont besoin de l'apprendre. » (PA1)

« C'était la toute première fois que j'entendais parler de pair-aidance. Sans explications, je me suis fait une idée de ce que ça pouvait être et à la suite d'une rencontre au hasard, je me suis retrouvé à l'UMons pour la formation. J'aurais pu tout de suite chercher un bénévolat ou autre chose, mais j'avais une peur bleue de faire plus de tort que de bien en racontant n'importe quoi. Et si je fais du tort à quelqu'un ? Et donc je ne voulais rien faire sans avoir au moins ce petit bagage que donne la formation. J'ai appris énormément de choses là-bas parce que ce n'était pas le domaine que je connaissais auparavant. » (PA6)

« Mais je pense que quelqu'un qui n'a pas suivi la formation peut être pair-aidant aussi. Il y en a même qui pensent qu'il ne faut pas avoir fait la formation pour être pair-aidant parce qu'ils ont peur d'être formatés. Or la formation, c'est plutôt guider quoi. On vous donne des repères et compagnie quoi. Mais c'est pas une grosse formation lourde. » (PA7)

Une des pairs-aidantes formées est convaincue de sa nécessité : *« Moi par contre j'en suis convaincue et archi convaincue, il faut être formé pour pouvoir travailler dans une équipe de soins. Pas forcément... Si, il faut être formé. Je pense qu'il faut faire cette formation. Pour pouvoir, ouais... aller... pour moi hein ! Je pense que ... Mais il y a des gens qui ne sont pas formés et seraient des supers pairs-aidants, mais je pense quand même qu'il faut. Parce qu'on a quand même eu des cours sur la médication, sur les troubles, sur la déontologie, sur ci, sur là. On a encore des supervisions maintenant. C'est-à-dire que de septembre à juin, il y a des interventions tous les mois et demi pour les pairs-aidants actifs et si on a un problème qu'on ne sait pas comment aborder, on l'aborde entre pairs-aidants. » (PA10)*

Par ailleurs, quelques pairs-aidants formés considèrent la formation trop légère en ce qui concerne la psychopathologie, les traitements et le risque de rechute. En effet, l'une de leur crainte est que, d'un côté, ce risque soit négligé, et que, de l'autre, le pair-aidant ne se sente pas en droit d'être moins bien.

« Le principe est d'éviter de faire plus de mal que de bien et donc on donne un max d'outils aux gens pour savoir de quoi ils vont parler. Aller, deux cours qui m'ont très fort manqué à Mons : psychopatho et médication. Parce que je ne sais pas combien de fois j'ai dû parler à un patient de ses traitements, mais je connais mes médicaments et c'est tout hein ! Alors on m'a posé des questions parfois où... Alors attends, ça tu demandes à ton docteur. Mais j'aurais pu donner ne serait-ce qu'un début de réponse si j'avais été plus au courant de la médication. Le patient me dit qu'il a ça comme diagnostic... alors le soir je vérifie, mais si j'avais su avant, ne serait-ce que les bases, j'aurais eu beaucoup moins de problèmes. » (PA6)

« Et la question de la rechute, après quand on est réintégré, après qu'est-ce que ça change en nous en fait ? Dans le pair-aidant ? Les questions qui se posent. Est-ce que je suis encore légitime d'être pair-aidant ? Est-ce que j'y crois encore à ce moment-là ? C'est violent ce qui se passe en nous. C'est... Est-ce que j'ai le droit de me suicider en fait ? Des fois, ça en vient jusqu'à ces questions-là. C'est dire, ouais je suis pair-aidant, mais si je me suicide, est-ce que ça veut dire que je n'y crois plus ? Ce qui se passe à l'intérieur d'un pair-aidant n'est pas assez exploré, je pense, dans cette question de la rechute. » (PA13)

La majorité des pairs-aidants ne considère pas la professionnalisation comme un risque mais plutôt comme une suite logique à un investissement dans une fonction. Ils reconnaissent cependant que le réseau du pair-aidant a, ici également, toute son importance pour prévenir ce risque éventuel.

« Ça fait 5 ans que je bosse dans le social... ça veut dire que je suis pair-aidante, que j'ai un vécu, on est bien d'accord. Mais jusque quand on est pair-aidant ? Où est la limite ? A partir de quand on passe dans le travailleur social ? Tu vois... donc je ne cherche pas absolument à y aller mais inévitablement tout doucement, je commence à glisser. [...] Il y a aussi tout le discours... J'entendais des trucs il y a quelques mois et on disait : oui mais le pair-aidant il faut qu'il reste pair-aidant et donc garde cette authenticité et ... euh... il n'utilise pas le langage social... Mais à un moment je suis un être humain qui évolue. Je veux dire, j'aime penser que je suis la somme de tous ceux que j'ai rencontrés. Moi je vais aller absorber comme ça ce qui me convient. [...] ça me transforme. Chaque jour me transforme. D'autant plus que je ne peux pas être figée dans un truc. Après, oui on peut mettre l'étiquette pair-aidant dessus, mais je pense qu'à un moment tu peux devenir légitime parce que tu as de l'expérience sur le terrain en tant que travailleur social. En gros, c'est ça... » (PA1)

« Moi ce que je voulais faire c'était recommencer des études en cours du soir et aller dans la direction de la professionnalisation. Ça résout pas mal de choses. Parce que du coup, on est vu par les collègues comme professionnel, mais on a encore ce bagage, son expertise de vécu. Et ça devient une sorte de mélange des deux. » (PA6)

« La formation pour moi est très bien parce qu'elle n'influence pas. Elle donne l'outillage de base. Le fait même de participer à la formation, c'est déjà pouvoir se confronter aux paroles des autres, c'est déjà se remettre en question toute l'année par rapport à ce qu'on pense soi-même, ou s'affirmer par rapport justement à des choses qui sont dites... Donc ça pour moi c'est déjà un travail par rapport à des choses qui sont essentielles dans la pair-aidance. [...] Mais bon, il y a tellement de choses ! Vous voyez, ce n'est qu'une demi-journée par semaine. Donc évidemment tout est à aller chercher. Il y a d'autres formations qui sont données par « psytoyens » qui sont dans la communication non violente, etc. Et tout ça, c'est des outils qu'on peut aller chercher par nous-mêmes aussi. Evidemment cette formation elle est gratuite, il ne faut pas s'attendre non plus à ce que ce soit un cursus... Ouais, il y a tellement de choses à aborder en vrai quoi. » (PA13)

L'un d'entre eux exprime le contraire : *« Par exemple dans les gens que je fréquente dans la pair-aidance, il y en a qui refont des études de psycho, des tchics tchacs machins, certains font des formations en plus et tout. Bah je ne suis pas d'accord. Parce que je pense qu'au bout d'un moment, ils seront exactement comme un psychologue ou un éducateur ou voilà. Moi je ne le ferai pas. Juste pour ça, parce que je veux rester hors cadre. » (PA7)*

1.2.4. Les résistances liées au contexte sociétal belge

Les pairs-aidants déplorent le manque de statut légal lié à leur fonction. Selon eux, ce manquement est l'une des causes principales au manque de financement et donc de postes rémunérés. En effet, s'il y a peu de bénévoles comme pair-aidant, il y a encore moins de postes rémunérés et ceux-ci le sont sur les fonds propres des institutions.

« Dans quel cadre ranger le pair-aidant ? Il y a tout un travail qui est fait par les pairs-aidants pour la reconnaissance et le développement du statut afin de faciliter son intégration. Mais pour le moment, les pairs-aidants ont été engagés sur fonds propres et toutes les unités ne sont pas prêtes car il y a une grosse pression sur les équipes traditionnelles. Les équipes qui veulent rencontrer les besoins des patients ont plus d'affinités pour reconnaître dès lors la complémentarité des pairs-aidants. » (PA5)

« Il n'y a pas à l'heure actuelle de financement ou de subsides qui permettent d'engager un pair-aidant. Ce qui fait que j'ai été engagé sur fond propres et chaque année il fallait vérifier s'il y avait encore les moyens de m'engager. [...] Donc c'est une forme de précarité. Ne pas savoir si dans 6 mois j'aurai encore un travail, ça ronge... » (PA6)

Ils ajoutent qu'en conséquence de leur parcours de soins, le peu de postes disponibles le sont encore moins pour beaucoup d'entre eux (cf. 1.2.2. Les résistances liées au soignant, p. 63). Ils ajoutent que les places sont souvent attribuées grâce au bouche-à-oreille plutôt que par un processus de recrutement classique.

S'ils en reconnaissent la nécessité, certains pairs-aidants admettent que la création d'un statut leur fait peur. Ils expliquent ceci par le fait que chaque pair-aidant, à cause de son vécu antérieur, est différent. Si l'un est plus à l'aise pour travailler sur la déstigmatisation, un autre le sera plus dans le travail individuel. Ils mettent également en avant la disparité dans les formations des pairs-aidants. En effet, outre le fait que tous n'ont pas suivi de formation en pair-aidance, certains ne possèdent pas de diplôme d'enseignement secondaire, tandis que d'autres peuvent avoir terminé des études supérieures de second cycle. Comment déterminer un barème et une rémunération ? De plus, certains pairs-aidants certifiés ne souhaitent pas continuer en tant que pair-aidant et se réorientent ou continuent des bénévoles dans d'autres domaines. Tous ne souhaitent pas non plus de postes rémunérés par crainte de perdre leurs indemnités. Ils expliquent qu'il existe de grandes différences financières entre le salaire le plus bas auquel pourraient prétendre la plupart d'entre eux et ce qu'ils gagnent avec leurs indemnités et réductions diverses liées à leur statut. Ils ajoutent que certaines personnes bénéficiaires de soins de santé mentale ne souhaiteront pas s'engager en tant que pair-aidant ou ne seront pas prêtes. De plus, ils craignent

la façon dont ceci sera traduit dans le statut et le traitement que les politiques en feront en termes de remise sur le marché du travail.

« Mais oui évidemment tous les pairs-aidants sont différents. On n'a pas tous acquis les mêmes outils. On va pas proposer tous la même chose. On ne va pas tous être aussi dynamiques parce qu'on a pas tous les mêmes états de santé non plus. Voilà. [...] Je pense qu'il faut quand même un socle commun. Faut quand même... mais ce socle commun, il doit permettre la plus grande flexibilité possible. Mais oui, il y a quand même des compétences de base qu'il faut avoir quoi : Pas stigmatiser, pas voilà... fin savoir un peu, pas bien parler forcément, mais pas dire des conneries devant les patients que ça va les... ou devant les professionnels. [...] Des pair-aidants il y en aura de toutes sortes. Il y en aura qui ne seront pas engagés politiquement, il y en aura qui seront engagés politiquement, il y en aura qui verront certains angles, d'autres d'autres. Je ne sais pas moi Je suis perdue moi maintenant face à la question du statut. [...] Et puis j'ai peur qu'on décide entre nous sans consulter assez les professionnels. Voyez ? Qu'on ne pense pas assez la chose quoi. Parce que si on me sort un statut comme ça, j'ai très peur quoi. La question du statut me fait très peur. Je l'espère. Parce que oui, pour moi c'est un travail hyper responsabilisant. » (PA13)

Quelques pairs-aidants concluent la question du statut du pair-aidant en faisant le lien avec sa professionnalisation. *« Le statut doit déterminer quelque chose qui permet d'évoluer, il doit pas rester figé dans cette image quoi et... et puis voilà, je peux le rester dans certains cas [pair-aidant] et puis dans d'autres où je vais être larguée. » (PA1)*

1.3. Discussion

Les résultats montrent que les blocages rapportés par les pair-aidants de Belgique francophone rejoignent ceux mis en avant par la littérature. Néanmoins, il nous semble intéressant de spécifier quelques craintes liées au contexte belge. Notre réflexion au sein de cette discussion vous sera présentée en trois étapes. La première discutera des résistances émises par les pair-aidants rencontrés et de leur lien avec celles avancées par la littérature internationale. La seconde abordera les solutions proposées par les travailleurs pairs lors des entretiens. Et la troisième sera consacrée aux limites de cette recherche.

1.3.1. Résistances

Autant les pairs-aidants que la littérature abordent le risque de rechute. Mais si les interviews ont permis de mettre en avant l'effet miroir que peuvent avoir certains patients ou certaines situations, la littérature insiste plutôt sur l'effet délétère que pourrait avoir le partage de son passé sur le pair-aidant. La littérature ne parle que peu du risque d'absentéisme, qui semble pourtant être une préoccupation

importante des pairs-aidants belges. La solitude, ainsi que la personnalité sont deux aspects des blocages liés aux pairs-aidants qui ne semblent pas être abordés dans la littérature.

En ce qui concerne les résistances liées aux soignants, les pairs-aidants, de même que la littérature, mettent en avant le manque de connaissance de la pair-aidance et des principes qui la régissent. Selon eux, ce serait la cause d'autres blocages, tels que la crainte d'être remplacé par un pair-aidant et la stigmatisation. Mais si la littérature aborde deux types de stigmatisations de la part des professionnels (directe, indirecte), les pairs-aidants interrogés s'expriment, quant à eux, plutôt sur la stigmatisation des professionnels que sur celles des pairs-aidants envers les soignants traditionnels.

L'importance d'un contexte institutionnel favorable à l'introduction de la pair-aidance a été autant souligné dans la littérature que par les pairs-aidants interrogés. La littérature considère que pour qu'une implémentation fonctionne, la culture institutionnelle doit être axée sur le rétablissement. Les pairs-aidants rencontrés vont plus loin. Pour eux, il est primordial que leur engagement résulte d'une demande provenant des équipes et que l'arrivée du pair-aidant soit préparée, notamment par la formation des professionnels traditionnels au rétablissement et à l'empowerment. Ils ajoutent qu'ils estiment nécessaire que la question de la pair-aidance soit travaillée avec la participation d'un pair-aidant de façon à répondre au maximum des inquiétudes des équipes. Par sa présence, le pair-aidant questionne les pratiques. Il nous paraît donc nécessaire que les équipes soignantes l'acceptent pour que l'intégration soit une réussite. En ce qui concerne la préparation des professionnels de terrain, il nous semble cependant nécessaire de nous arrêter sur ce qui était amené lors d'un entretien. Le processus de préparation serait-il plus efficace s'il était débuté lors de la formation des futurs professionnels de santé ? Si oui, comment généraliser cette pratique ? Et comment travailler et implémenter la pair-aidance avec les professionnels de santé déjà sur le terrain ? L'idée nous semble intéressante et serait selon nous une piste de recherche à développer dans le futur. Comme développé précédemment, il s'agit, de l'un des rôles du pair-aidant (cf. 1.3. La pair-aidance, p. 27).

En lien avec le contexte institutionnel, l'une des craintes amenées par les pairs-aidants de Belgique concerne la question du statut légal. Étant donné son caractère contextuel, cette peur n'était pas reprise dans la littérature internationale. Cependant, les arguments présentés méritent de s'arrêter sur la question. En effet, si tous reconnaissent que la création d'un statut légal est une nécessité de façon à permettre la création d'emplois rémunérés et clarifier le rôle d'un pair-aidant, certains d'entre eux émettent quelques réserves. Ainsi un statut n'est, pour eux, pas la réponse à toutes les résistances à l'intégration. De plus, ils craignent la façon dont ce nouveau statut sera traité par les politiques.

Le manque de clarté du rôle est également une résistance relevée autant par la littérature que par les pairs-aidants interviewés. Il nous semble que ce manquement est autant lié au manque de connaissance

de la pair-aidance et du concept du rétablissement, qu'au manque de consensus entre pairs-aidants par rapport à celui-ci. En effet, si un métier n'est pas connu, il est normal que le rôle qui y soit associé ne soit pas clair pour les autres corps de métiers, mais aussi pour la personne qui occupe le poste. Le pair-aidant est-il garant du cadre ? Doit-il faire respecter le règlement au même titre que les autres intervenants ? Actuellement, nous assistons à deux voies de pensées et les situations sont vues au cas par cas lors d'intégration de pair-aidance. Mais si les pairs-aidants ne sont pas unanimes par rapport à leur rôle, comment les autres professionnels pourraient-ils être au fait de celui-ci ? Ce dernier aspect semble pourtant être peu considéré par la littérature et les pairs-aidants. En ce qui concerne le contexte belge, il nous paraît important de ne pas négliger l'effet que le manque de statut légal pourrait avoir sur le manque de clarté du rôle. Les pairs-aidants insistent sur l'importance de leur savoir expérientiel comme base de travail et considèrent l'apport théorique comme outil de travail auprès des usagers. Dès lors, chaque pair-aidant est différent. D'ailleurs la littérature amène l'idée que trop les former les formaterait et leur ferait perdre ce qui fait d'eux des pairs-aidants. En effet, certains pairs-aidants craignent qu'une formation trop importante et standardisée ne diminue leur flexibilité professionnelle et les fasse ressembler aux autres soignants (Gillard et al., 2015; Vandewalle et al., 2016) (cf. 2.2.1.2. Le manque de crédibilité, p. 41). Dès lors, comment définir les rôles des pairs-aidants ? Comment faire transparaître le côté unique de chaque pair-aidant dans le statut ? Quelle liste d'actes leur confier ? Mais aussi, comment protéger les pairs-aidants ainsi que les usagers ?

A l'instar de ce qui est mis en avant dans la littérature, les entretiens ont mis en lumière une insatisfaction par rapport à la formation des pairs-aidants. Cependant, là où la littérature abordait des manquements en termes de prévention du risque de suicide ou de connaissances administratives, les pairs-aidants interrogés parlaient d'une méconnaissance des pathologies et des traitements autres que les leurs ainsi que du risque de rechute. En effet, l'une de leur crainte est que d'un côté ce risque soit négligé et que de l'autre le pair-aidant ne se sente pas en droit d'être moins bien.

En lien avec la formation des pairs-aidants, l'une des craintes les plus exprimées dans la littérature est le risque de professionnalisation. Les pairs-aidants de Belgique francophone ne considèrent, de façon générale, pas ceci comme un risque mais plutôt comme une évolution favorable. Ils estiment également que le pair-aidant doit continuer à se former afin d'augmenter sa boîte à outils. Cependant, ils pensent que le réseau du pair-aidant a toute son importance pour prévenir ce risque éventuel. Il nous semble intéressant de nous arrêter sur ce point. Pour tout autre professionnel, qu'il travaille dans le milieu de la santé ou non, la professionnalisation est une évolution recherchée. C'est une preuve que la personne grandit, apprend, évolue. Dès lors, nous nous interrogeons. Pourquoi le pair-aidant devrait-il être différent ? Lors de leurs entretiens, tous les pairs-aidants ont émis le souhait d'être considérés d'une façon semblable à leurs collègues, notamment lors du processus de recrutement. Nous estimons que

même s'il se forme, le pair-aidant ne perdra pas ce qui fait de lui un pair-aidant, c'est-à-dire son expérience de vie, ce qui fait de lui qui il est. Nous avons le sentiment que la crainte cachée derrière cette question de la professionnalisation est liée à la peur de prendre le bénéficiaire de haut, de ne plus avoir ce lien horizontal avec lui. Nous pensons que cette prise de position est avant tout liée à la personnalité du pair-aidant et ne doit pas être prise de façon générale. Si la personne désire une place plus élevée, de « personne qui sait », elle la prendra, qu'elle ait été beaucoup formée ou non.

Autant la littérature que les pairs-aidants considèrent que la question de la juste distance ou présence, comme elle fut nommée lors de certains entretiens, est problématique pour certains pairs-aidants. Comment se positionner ? Comment être à la fois proche des usagers et à la fois professionnel de santé ? La littérature, contrairement à ce qui est ressorti des interviews, lie cette difficulté au manque de formation des pairs-aidants. Ces derniers, en revanche, considèrent que cette problématique est plutôt liée à la personnalité du pair-aidant et que c'est à lui de poser ses propres limites. Cependant, l'un comme l'autre lie la question des limites à un blocage provenant des professionnels. Il semblerait que les pairs-aidants ont le sentiment que leur proximité avec les usagers peut être perçue comme un comportement non professionnel par leurs collègues. Comme nous l'avons abordé dans la revue de la littérature, le partage d'informations personnelles fait partie intégrante de la fonction. Il est cependant important que tant le pair-aidant que l'utilisateur fassent la différence entre le lien professionnel et d'amitié. (Mancini, 2018; Walsh et al., 2018) Une autre dimension amenée par la littérature à ce propos concerne l'apparition de ces difficultés. Il semblerait que ces dernières aient principalement lieu dans des régions rurales ou lorsque le pair-aidant travaille dans d'anciens lieux de soins. (Vandewalle et al., 2016) En tant que soignants « traditionnels », c'est un blocage que nous pouvons comprendre. Comme notre formation nous l'a enseigné, il est pour nous primordial de ne pas mélanger vie privée et vie professionnelle. Cependant nous considérons que la question du comportement professionnel concerne tout le monde, qu'il soit pair-aidant ou non et que chacun dans les limites de sa profession et de sa personnalité est plus ou moins proche de l'utilisateur. En effet, un psychiatre n'a pas la même distance thérapeutique qu'un psychologue ou un infirmier par exemple. Il nous semble dès lors important de ne pas oublier qu'être proche du bénéficiaire et de partager son vécu fait partie de la pair-aidance et n'est, de ce fait, pas un comportement non-professionnel. A l'instar des pairs-aidants rencontrés, nous estimons que la question de la juste présence est liée à la personnalité des pairs-aidants.

Ensuite, une résistance qui nous semble importante concerne le lieu de travail du pair-aidant. En effet, comme développé dans les résultats, les personnes rencontrées déplorent le fait que beaucoup de postes leur sont inaccessibles car elles sont d'anciennes bénéficiaires des établissements qui les proposent. Malgré qu'elle ne soit pas ressortie de notre revue de la littérature, elle est pour nous non négligeable et nous interroge sur son lien avec la stigmatisation que les pairs-aidants sentent venir des professionnels

traditionnels. Cette règle est-elle le résultat d'une stigmatisation de la part des professionnels qui considéreraient toujours le pair-aidant comme un bénéficiaire ? Ou trouve-t-elle son origine ailleurs ? Dans tous les cas, elle semble être source d'incompréhensions et la solution proposée par les pairs-aidants nous semble précipitée. Bien que nous pensions un processus correct de recrutement indispensable, ce n'est, selon nous, pas la priorité pour lutter contre cette difficulté. Nous considérons en effet que la préparation des équipes avec un pair-aidant permettrait de discuter cette condition et apaiser les craintes des professionnels traditionnels.

Enfin, il nous semble nécessaire de nous arrêter sur la question de la solitude du pair-aidant. A l'instar des pairs-aidants et de la littérature, il nous semble que la pair-aidance est une fonction solitaire. Au cours de ce travail, nous avons relevé plusieurs interrogations concernant la communication, le lien de confiance et la distance thérapeutique ainsi que leur lien avec l'intégration de la pair-aidance au sein des équipes soignantes. Cependant, il nous reste un aspect que nous souhaitons développer à ce propos. L'analyse des entretiens avait permis de mettre en avant le peu de pairs-aidants présents sur le marché du travail comme cause de cette solitude. Nous pensons qu'il est important de ne pas négliger l'influence de la position entre usagers et professionnels du pair-aidant, de même que le questionnement des pratiques induit par sa présence. Bien que ce soit l'un des buts de son intégration, personne n'aime remettre en question son travail. Dès lors, nous nous interrogeons. Comment le pair-aidant communique-t-il auprès de ses collègues ? Que transmet-t-il ? Que remet-il en question et comment ?

1.3.2. Solutions

Ces blocages présentés, il nous semble nécessaire de nous intéresser aux solutions. Bien que la littérature internationale paraisse s'être peu penchée sur le sujet, les pairs-aidants rencontrés avaient quelques idées sur le sujet.

Ils ont, durant leurs entretiens, insisté sur l'importance du réseau de soutien du pair-aidant, mais aussi sur la préparation des équipes en amont de l'intégration. Comme explicité plus haut dans le travail, ils estiment primordial que cette préparation se fasse en présence d'un pair-aidant. Ceci permettrait de discuter le sujet plus en profondeur, mais aussi de confronter les équipes à un usager des services de santé mentale ou précarité qui est rétabli. Ces dernières travaillant principalement avec des personnes en souffrances, les pairs-aidants pensent que ceci pourrait leur être bénéfique. D'autre part, la littérature rejoignait l'avis des pairs-aidants concernant le réseau social du travailleur pair. Il lui permet, en effet, d'aborder les difficultés rencontrées lors de sa pratique avec d'autres personnes qui vivent des situations semblables et dès lors de se sentir moins seul (cf. 1.2.1. Les résistances liées au pair-aidant, p. 59).

En lien avec le processus de préparation, les pairs-aidants proposaient un processus de recrutement semblable à celui des autres corps de métiers. Considérant que chaque pair-aidant est unique, ils

estiment en effet que lors du processus de préparation, les équipes devaient réfléchir au type de pair-aidant qu'elles souhaitaient accueillir. Dès lors, le recrutement prend toute son importance. Il ne s'agit plus de juste accueillir un pair-aidant, mais plutôt d'accueillir un pair-aidant spécialisé dans ce que l'équipe recherche. Par exemple, un pair-aidant dont la pratique est plutôt axée sur l'animation de groupes de parole, d'activités artistiques ou qui travaillerait plutôt sous forme d'entretiens individuels. Cependant, comment développer ce processus ? Comment déterminer des critères de sélection pour l'embauche d'un pair-aidant ? Où publier les offres d'emploi pour qu'elles soient visibles de tous ?

Un autre sujet d'intérêt pour la recherche future peut être tiré des blocages à l'intégration amenés par les pairs-aidants. Il s'agit du statut légal. En effet, beaucoup de pairs-aidants rencontrés travaillent à la reconnaissance de leur métier. Pourtant, s'ils estiment que la création d'un statut n'est pas la solution miracle, elle permettrait déjà de résoudre quelques problèmes présentés, notamment le manque de clarté du rôle, le financement et donc le manque de postes rémunérés. Nous considérons que les craintes énoncées sur le sujet par les pairs-aidants ne sont pas à négliger et qu'il serait intéressant d'étudier la question du statut plus en profondeur, notamment la question de son effet sur l'emploi des pairs-aidants après sa création.

Enfin, jusqu'à quand un pair-aidant reste-t-il pair-aidant ? En effet, même si la professionnalisation du pair-aidant n'est, pour les personnes rencontrées, pas un risque réel, il nous paraît intéressant de ne pas le négliger. Il nous paraît évident qu'au cours de sa pratique le pair-aidant continue d'évoluer et d'avancer sur le chemin de son rétablissement. De ce fait, nous pensons opportun de considérer le futur professionnel de cette personne. Le pair-aidant voudra-t-il le rester jusqu'à la fin de sa carrière ? Ou au contraire, souhaitera-t-il changer d'orientation après quelques années ? Walsh et al. (2018) abordait la question d'une troisième stigmatisation, celle qui surviendrait lorsqu'un pair-aidant chercherait du travail après avoir occupé ce poste de pair-aidant. En effet, dire que nous avons travaillé en tant que pair-aidant c'est d'office révéler que nous avons bénéficié des services de soins de santé mentale ou de précarité. Néanmoins, si cette expérience de vie amène à la pair-aidance, ne pourrait-elle pas être source de discrimination à l'embauche si une réorientation est la voie choisie par le pair-aidant ? Si ce type de stigmatisation n'a pas été considéré par les pairs-aidants rencontrés, il nous paraît primordial de ne pas l'oublier et nous considérons qu'il serait un autre aspect intéressant à développer dans la recherche future.

1.3.3. Limites

Les limites de ce travail sont multiples.

Étant donné la façon dont nous avons construit notre échantillonnage, les pairs-aidants rencontrés se connaissent tous et possèdent une réflexion commune. Outre le fait qu'ils travaillent ensemble à la

reconnaissance de la pair-aidance en Belgique francophone, la majorité d'entre eux a suivi la formation pair-aidance en santé mentale et précarité dispensée par l'UMons. Que pensent les pairs-aidants non certifiés par l'UMons ? Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent dans leur pratique ? Les personnes rencontrées faisaient partie de promotions antérieures, que pensent les personnes en cours de formation ? Et si une personne n'a pas une réflexion ou opinion similaire aux pairs-aidants rencontrés aurait-elle pu se trouver dans notre échantillon ?

Il a été difficile pour nous d'entrer en contact avec les pairs-aidants. Il nous a fallu beaucoup de temps avant de rencontrer des personnes plus centrales dans le milieu et consentant à nous communiquer les coordonnées d'autres pairs-aidants susceptibles de participer à notre mémoire. C'est un frein qui a rendu plus longue la période de réalisation des entretiens. Cela a-t-il eu une influence sur la réflexion des personnes rencontrées ? De plus, beaucoup d'entre elles travaillent à la reconnaissance de la pair-aidance. Cela a-t-il influencé les réponses données lors des entretiens ? Les pairs-aidants se sont-ils tous sentis en confiance pour donner l'entière image de leurs expériences ? Ou ont-ils eu peur d'avoir un effet délétère sur la reconnaissance de leur métier ? Ensuite, le monde de la psychiatrie étant restreint, les pairs-aidants ont régulièrement émis la crainte d'être reconnus par ce qu'ils confiaient lors de leurs entretiens. Est-ce la raison pour laquelle nous avons eu des difficultés à les toucher lors de nos prises de contact ?

Nous avons rencontré peu de personnes certifiées ne souhaitant pas travailler en tant que pair-aidant. Il nous est donc difficile d'avoir une image globale de ce que pensent ces personnes des blocages à l'intégration. En effet, ont-elles arrêté la pair-aidance car elles ne se reconnaissaient plus dans la profession et souhaitaient travailler dans un autre domaine ? Ou parce qu'elles avaient vécu de mauvaises expériences d'intégration dans les équipes ?

Enfin, nous sommes toutes les deux infirmières de formation et travaillons dans une unité de soins de santé mentale. Cet aspect, même si nous avons fait attention à ce que ce ne soit pas le cas, aurait pu nous mettre en partie à faux dans l'analyse des résultats, mais aussi dans la réalisation des entretiens. Sommes-nous toujours restées neutre lors de la réalisation des interviews ? N'avons-nous pas orienté nos questions ou notre analyse des entretiens pour chercher des réponses à nos craintes de soignantes traditionnelles ? Les pair-aidants se sont-ils toujours senti suffisamment en confiance que pour aborder les difficultés liées à leur intégration au sein d'équipes de soins en confiance ?

2. Les résistances à l'intégration de la pair-aidance selon les soignants traditionnels (C. Debruyne)

2.1. Méthodologie

2.1.1. *Type de recherche*

En complément de notre revue de littérature, une recherche qualitative a été effectuée. Le but de cette étude est de rencontrer les différents intervenants qui ont déjà eu une expérience d'implémentation d'un pair-aidant au sein de l'institution dans laquelle ils sont employés, afin de pouvoir répondre à notre question de recherche : Intégration de la pair-aidance dans les unités de soins psychiatriques de Belgique francophone : résistances des pairs-aidants et / ou résistances des équipes soignantes ?

Comme indiqué dès l'introduction de ce travail nous avons constaté que les institutions de soins qui emploient des pairs-aidants sont peu nombreuses dans la Région Wallonie-Bruxelles et c'est cette partie du pays qui nous intéresse. En effet, actuellement seuls la Clinique Sans Soucis et Housing First emploient un pair-aidant salarié. Cependant, au cours des cinq dernières années deux autres institutions ont tenté l'expérience. Ces institutions au nombre de 4 vont donc constituer le point de départ de notre collecte des données pour la réalisation de notre étude qualitative.

C'est à travers le numéro 92 de l'Observatoire, que nous avons eu connaissance du nom de ces institutions ayant déjà cette expérience.

2.1.2. *Déroulement de la collecte de données*

Les quatre institutions ont tout d'abord été contactées par mail. En effet, c'est via un mail type dans lequel le background et les objectifs de notre mémoire a été rédigé, que nous avons pris contact avec les différents lieux ayant déjà une expérience d'intégration de pair-aidant.

Les 4 institutions ont répondu positivement à notre demande. Ce sont pour les 4 institutions les coordinateurs ou le directeur des soins infirmiers qui ont répondu à ce courriel. Dès lors une date de rencontre a été fixée, toujours sur le site même de l'institution accueillante. Lors de cette rencontre pour deux des 4 institutions, d'autres rencontres ont été prévues pour pouvoir rencontrer un panel différencié de personnes ayant participé à l'intégration des pairs-aidants. L'institution 1 m'a fourni (en plus du coordinateur) 7 personnes à interviewer et l'institution 2 m'en a fourni 8 (le directeur des soins infirmiers inclus). Une personne a été interviewée dans l'institution 3 et 4.

C'est donc bien via le coordinateur ou Directeur des soins infirmiers des deux institutions que les personnes sont entrées dans la recherche. A chaque fois, les interviews se sont déroulées sur le lieu de travail des personnes et pendant leurs heures de travail, avec l'accord de leur direction respective.

Tous les participants ont répondu au même questionnaire. Il comporte 10 questions et aborde le concept, le statut de pair-aidance d'une part et les à priori et les difficultés d'intégration d'autre part.

C'est donc un échantillonnage par convenance.

Par ailleurs, il m'a également paru intéressant de contacter par mail des institutions ou des personnels du réseau qui étaient dans le processus et dans la volonté d'intégration de pairs-aidants ou qui encore œuvraient pour faciliter cette intégration dans les différentes structures de soins et/ou de la société.

C'est pourquoi d'autres institutions, au nombre de 3 ainsi que l'Université de Mons ont été dans un second temps contacté et ont accepté de répondre à la même grille d'entretien élaborée. Ce sont à nouveau les coordinateurs de ces mêmes structures qui ont participé à l'interview semi-dirigée. Notons également que la période de mailing a duré de janvier à mars 2019 et que la période d'interview s'étale d'avril 2019 à septembre 2019. Trois institutions n'ont donné aucune suite à ce courriel.

La durée moyenne d'un entretien est de 51 minutes (range 25 – 85 min).

20 des 22 entretiens se sont organisés de manière individuelle, avec comme facilité l'opportunité de pouvoir dire les choses sans être influencé par d'autres collègues.

Pour les deux entretiens non individuels, l'un a été organisé entre deux collègues et moi-même et ceci à la demande des professionnels de terrain ; et l'autre a été organisé de manière concomitante avec le professionnel de terrain et le pair-aidant, de manière spontanée.

Une seule des personnes interviewées a demandé la grille d'entretien à l'avance (envoi par mail) pour pouvoir préparer ses réponses.

Toutes les interviews ont été enregistrées avec le programme « dictaphone » pour être ensuite retranscrites le plus fidèlement possible. Par respect de la vie privée, l'autorisation d'enregistrement a chaque fois été demandée et acceptée. La garantie de l'anonymat a été chaque fois précisée et expliquée.

2.1.3. Echantillonnage

L'échantillon sélectionné représente un panel hétéroclite de professionnels de la santé ayant participé ou participant en première ou en seconde ligne à l'intégration d'un pair-aidant dans une institution de soins ; et des professionnels de la santé avec comme objectif d'intégrer un pair-aidant dans leur institution et étant déjà à un stade avancé de réflexion concernant les modalités de cette intégration.

Au total, 22 interviews ont été réalisées sur une durée de 6 mois.

Tableau 2 : Description de l'échantillon des professionnels soignants

Description	Professionnels soignants (N = 22)
Genre	
Homme	6
Femme	16
Diplôme	
Coordinateurs	6
Diplôme de type Master	5
Diplôme de type baccalauréat	9
Diplôme inférieur au baccalauréat	2

Il est également important de distinguer deux catégories d'acteurs spécifiques dans mon échantillonnage.

Tableau 3 : Description des catégories d'acteurs dans l'échantillon des professionnels soignants

Description	Professionnels soignants (N = 22)
Genre	
Homme	6
Femme	16
Catégorie	
Personnel soignant ou professionnels de terrain	18
Membres de la direction et/ou coordination	4

2.1.3.1. Le Personnel soignant ou professionnels de terrain

C'est la première ligne. Engagés dans l'institution, ces professionnels sont à considérer comme des personnes qualifiées et exerçant chacune une fonction qui leur est propre mais qui vise un objectif commun à savoir de prendre soin d'un patient en demande d'aide. Différentes fonctions ont été interviewées. Citons par exemple les fonctions d'aides-soignantes, d'infirmiers, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'assistants sociaux, et d'éducateurs.

2.1.3.2. Les membres de la direction et /ou de la coordination d'une institution

Ce sont principalement les responsables des unités de soins et/ou de services. Ce sont également des coordinateurs de projets et/ou de structures.

2.1.4. Analyse des résultats

L'analyse a été réalisée sous forme de contenu thématique, avec comme point de départ, l'ensemble des résistances énoncées dans les entretiens et les avons ensuite regroupés en catégories de résistances de façon à faciliter la lecture et la compréhension.

2.2. Résultats

Les résistances énoncées par les soignants lors de leurs entretiens peuvent être regroupées en 4 grandes catégories : **(1) les résistances liées à la santé psychique du pair-aidant, (2) les résistances liées à la crainte de perdre sa place de professionnel au profit d'un pair-aidant et (3) les résistances liées à la responsabilité professionnelle d'un pair-aidant.** Ces trois grandes catégories font consensus pour l'ensemble de l'échantillon interrogé.

Une quatrième résistance sera également abordée sous l'intitulé : **(4) les résistances liées au manque de plus-value ajoutée espérée par la pair-aidance observée auprès des usagers.** Cette résistance est plus spécifique car elle ne concerne que la moitié des interviewés et non l'ensemble de l'échantillon. Néanmoins je tenais à la partager et à l'inclure dans les résultats.

2.2.1. Les résistances liées à la santé psychique du pair-aidant

La première résistance que les soignants mentionnent c'est la difficulté de travailler avec des personnes fragilisées psychiquement. Ce qu'ils craignent c'est qu'une fois les pairs-aidants intégrés dans une équipe de soins, le contact avec des patients en souffrance ait des conséquences négatives sur leur santé mentale.

Cette résistance peut s'articuler en trois dimensions : (1) la crainte d'une détérioration de l'état mental du pair-aidant, (2) la crainte de devoir travailler avec une personne qui présente une symptomatologie résiduelle et (3) la crainte d'un manque de recul du pair-aidant par rapport à son expérience personnelle.

2.2.1.1. La crainte d'une détérioration de l'état mental du pair-aidant

« C'était la rechute ça c'était vraiment la résistance principale la rechute qu'est-ce qu'il se passe si il y a rechute » (Pro1)

C'est donc le premier risque identifié par les soignants comme obstacle quant à un processus d'intégration. Ce qu'ils (les soignants) entendent par rechute est certainement à préciser. La rechute est majoritairement définie comme une recrudescence d'un ensemble de symptômes qui viennent invalider le fonctionnement et la stabilité d'un patient. Ce risque de rechute est développé longuement dans chacune des interviews réalisées avec les professionnels de terrain. Pour rendre compte le plus fidèlement ce qui a été dit par l'échantillon, il faut mentionner que cette rechute a un impact à deux niveaux : pour le pair-aidant lui-même (1) et pour les collègues du pair-aidant (2).

Tout d'abord pour le pair-aidant lui-même.

Les soignants pensent que l'intégration d'un pair-aidant dans un milieu de soins et au contact de patients nécessitant une aide thérapeutique peut être délétère sur son état mental et risque de perturber sa stabilité psychique. Plusieurs expériences d'intégration attestent que ce risque est bien présent dans les différentes expériences de terrain. Deux des trois institutions de l'échantillon ont vécu des épisodes de rechutes chez au moins un pair-aidant engagé dans leur structure moins d'un an après leur intégration.

« En fait, mon expérience que j'ai eue avec les deux pairs-aidants, elle s'est soldée par le fait que les deux ont vu leur état de santé psychique se dégrader ... Pour l'un, ça s'est soldé par des hospitalisations, pour l'autre par une reprise de traitement alors qu'il en était plus là et du coup moi j'ai un goût amer de cette expérience ... » (Pro1)

Les soignants face à cette rechute, essayent de problématiser ce qui a pu précipiter celle-ci. Selon eux ce qui est identifiable comme facteur précipitant la rechute c'est (1) le contact régulier avec des pairs en souffrance, (2) des événements provoquant une résonance avec leur histoire personnelle et (3) l'utilisation régulière et répétée de leur vécu.

En simplifiant, les soignants résument ces trois facteurs par cet adage : *« voir la souffrance de ses pairs, se rappeler la sienne et cela de manière répétée »*.

(1) Le contact régulier avec des pairs en souffrance

Les soignants insistent sur l'importance qu'un pair-aidant doit avoir la capacité de ne plus être envahi par l'autre. Le fait d'être en contact régulier avec des pairs qui ont plus de symptômes ou de manifestations cliniques que lui ne doit pas bousculer le pair-aidant et l'entraîner vers une rechute symptomatique. Les soignants pointent aussi une surcharge émotionnelle chez les pairs-aidants qui reste plus importante au contact de leurs pairs ainsi qu'une moindre capacité à la surpasser ou à s'en dégager pour continuer le suivi thérapeutique et ne pas en souffrir.

« A certain moment peut-être ils peuvent être dépassé par cette charge émotionnelle et cela apparaît de manière plus visible ... nous professionnels on nous a beaucoup appris aussi à avoir une position un

peu plus méta, un regard un peu plus préservé en termes de transmission des émotions et chez le pair-aidant c'est moins filtré ça vraiment ... » (Pro6)

(2) Des évènements provoquant une résonance avec leurs histoires personnelles

L'« ici-maintenant » vécu par les patients peut renvoyer le pair-aidant à sa propre histoire personnelle et à son propre trajet de soins. Cette résonance d'épisodes de contention, d'usage de traitements médicamenteux lourds, de passages à l'acte hétéro-agressifs ou auto-agressifs par exemple peut renvoyer le pair-aidant à des moments difficiles qui ont peut-être émaillé son processus de rétablissement et le déstabiliser psychologiquement.

Les soignants insistent sur la nécessité d'un recul ou d'une distanciation suffisamment importante par rapport à leur histoire personnelle. C'est selon eux, la condition « sine qua non » pour pouvoir en tant que pair-aidant entrer en contact avec un pair de manière plus professionnelle.

« On s'est quand même rendu compte et lui (le pair-aidant) en premier finalement que ça a dérapé ... parce que je pense que qu'à un moment donné c'est trop difficile pour lui parce que je crois que ça faisait écho tout simplement ... » (Pro3)

Plusieurs soignants ont d'ailleurs pointé la formation à l'UMons comme une réelle aide pour les pairs-aidants à se distancier de leur propre expérience personnelle. C'est pourquoi le travail sur leur ligne de vie pendant l'année scolaire et la confrontation de celle-ci avec d'autres pairs-aidants semblent être un outil de choix pour développer cette compétence nécessaire de distanciation.

(3) L'utilisation régulière et répétée de leur vécu

Les soignants craignent également que la répétition du partage de leur vécu ne les renvoie également aux moments les plus compliqués de leur processus de rétablissement et ne vienne finalement les renvoyer à leurs faiblesses et à leurs échecs de parcours. Ceci ayant pour conséquence une vision plus négative de leur rétablissement subjectif et une focalisation plus centrée sur leurs faiblesses ou difficultés que sur leurs ressources ou habiletés.

« Enfin c'est aussi un truc particulier de dire bhen voilà moi j'ai connu la psychiatrie ... j'ai une maladie mais je vais le dire, je vais dévoiler mes faiblesses. Je vais parler de mes failles, je vais parler d'une expérience compliquée de vie ... C'est trash ! » (Pro1)

Ensuite pour le soignant.

Face aux signes précurseurs d'une rechute, le soignant se dit mis à mal. Comment se comporter ? Comment considérer le pair-aidant comme son collègue et non comme un patient ?

« C'est compliqué d'être témoin de la chute de ces gens qui, qui venaient avec leurs tripes avec leur vécu. » (Pro21)

« Le but n'est pas de faire du mal à la personne. » (Pro17)

Les soignants se disent en difficulté par rapport à ce double rôle qu'ils auraient à jouer : celui de collègue mais également celui d'un « thérapeute » toujours attentif aux moindres signes pouvant prévenir que le pair-aidant est à risque de rechuter. Pour autant que ces signes soient connus, identifiables et que l'on puisse proposer une prise en charge ad hoc. En effet, *« C'est compliqué parce qu'il faudra l'encadrer tout en n'encadrant pas trop ... être attentif à lui tout en ne le prenant pas pour un patient... La plus grande difficulté ce serait de ne pas trop prendre soin du pair-aidant quoi Parce qu'on est tous soignants, on est tous génétiquement modifiés ... ».* (Pro5)

Un soignant « génétiquement modifié » comme ne sachant pas faire autrement que de prendre soin ?

Plusieurs interviewés ont décrit plus concrètement des exemples attestant cette difficulté de positionnement soignants versus collègues face à des signes évoquant une rechute.

« Un moment je me souviens d'avoir discuté avec une collègue de l'époque, elle m'a dit mais je lui parle comme si c'était un patient, ça ne va pas. Et elle vient me demander des conseils comme si j'étais un soignant, il y avait quelque chose qui ... dans lequel on n'était vraiment pas bien. » (Pro3)

« Il y a aussi la question comment on gère quand ça va pas bien ? le pair-aidant que j'ai vu dernièrement, il avait dit à ses collègues de le prévenir quand il y avait tel ou tel signe ... Et là dans quelle position tu es ... soignant avec ton collègue qui est un ancien patient ... ça devient compliqué ... » (Pro8)

« Et il a dit bhen ... voilà, j'aimerais bien que quand vous remarquez certains signes, qu'ils nous a cités, j'aimerais bien que vous puissiez m'en faire part ou en faire part au responsable ... Et là je me suis dit ça commence de nouveau à être un rôle de patient et soignants ... et nous on disait oui Mais alors que c'est pas notre rôle ... » (Pro11)

« Là on nous demandait quand même de voir s'il avait des signes de rechutes ... et là c'est comme les patients que nous suivons quoi ... » (Pro6)

Ces extraits nous permettent de nous rendre compte de la complexité relationnelle et d'une certaine confusion de rôles qu'engendre une rechute symptomatologique d'un pair-aidant parmi les soignants.

Ce double positionnement rend l'intégration difficile car elle entraîne un déséquilibre dans les relations professionnelles pour le soignant à qui l'on demande d'être à la fois dans une relation d'égal à égal que sous-entendent les relations entre collègues mais également dans une relation qu'ils ne qualifient pas de

hiérarchique mais bien comme une relation soignant-soigné avec l'un de leur collègue à savoir le pair-aidant. Un certain déséquilibre relationnel s'installe alors entre celui qui « sait » identifier un besoin de soins et celui qui doit recevoir les soins.

2.2.1.2. La crainte de devoir travailler avec une personne qui présente une symptomatologie résiduelle

Dans la définition théorique de « ce qu'est un pair-aidant » pour les soignants, ils explicitent que c'est une personne qui a vécu et/ou qui vit encore un trajet en psychiatrie et qui souffre d'une vulnérabilité psychique. Par contre, dans l'expérience concrète d'une intégration de pair-aidant dans une équipe, les soignants semblent attendre d'eux qu'il n'y ait plus ce trajet ou cette vulnérabilité qui transparaissent au quotidien.

Il est compréhensible que travailler avec une personne qui présente des symptômes résiduels est une complication exprimée par la majorité des soignants interrogés. Ces symptômes peuvent amener selon eux à de l'incompréhension, à une communication moins fluide et moins naturelle ainsi qu'à des quiproquos voire de manière plus anecdotique à des situations de frictions entre les soignants et les pairs-aidants.

Ces extraits illustrent ce propos :

« La pathologie fait que les gens sont parfois très terre-à-terre et parfois bhen du coup le second degré ça passe pas du tout mais pas du tout et après il faut se justifier parce qu'on a dit un truc et ça a été pris complètement de travers Et ça en a fait une montagne ... mais après le problème c'est que la personne reste et rumine avec ça et en fait il y a eu des moments où je me sens encore plus mal à l'aise parce que j'ai dit un truc qui est ressorti complètement hors contexte » (Pro16)

« J'ai un souvenir de lui il était pétrifié dans la cour en train de fumer des clopes parce que, parce qu'il savait pas quoi faire ... » (Pro1)

« On se rend compte que parfois (le pair-aidant) est plus méfiant. La pathologie est quand même là et donc on n'ose pas tout dire quand on rigole même de tout et de rien, il va interpréter c'est délicat. C'est vrai que c'est délicat de travailler avec quelqu'un qui a une pathologie assez méfiante en tout cas dans ce sens-là parce qu'on n'ose pas tout dire et c'est vrai qu'on a peur de parfois blesser ou de dire quelque chose qui ne conviendrait pas au pair-aidant C'est vrai qu'on est toujours un peu sur nos gardes ... » (Pro13)

Ce qui est également ramené c'est que ces symptômes résiduels ont tendance à renforcer cette tendance qu'auraient les soignants à vouloir prendre soins des pairs-aidants. Les côtoyer dans le cadre d'une

relation professionnelle et les voir, par moment en souffrir, rend leur travail particulièrement inconfortable.

« Parfois, j'ai l'impression d'avoir un patient supplémentaire et pas un collègue... » (Pro5)

« Ce qui est compliqué aussi c'est quand on est en réunion avec des pairs-aidants et qu'on les voit angoissés qui tremblent des mains qui reformulent ... qui comprennent pas qui qui qui ont l'air de perdre les pédales ... c'est compliqué pour un soignant ... » (Pro19)

2.2.1.3. La crainte d'un manque de recul du pair-aidant par rapport à son expérience personnelle

Les soignants ont pu énoncer la difficulté de devoir travailler avec un pair-aidant qui pourrait ne pas avoir un retour réflexif assez conséquent sur son parcours de soins. Ceci peut donner lieu à des situations inadéquates où le pair-aidant partagerait de manière émotionnelle son vécu sans avoir le recul nécessaire pour l'analyser et s'en servir comme levier de soins. Plusieurs exemples ont été abordés notamment concernant la prise des traitements, le recours aux hospitalisations et les épisodes coercitifs.

Cet extrait illustre ces propos :

« J'ai été maltraité, enfin c'est les trucs que j'ai entendu, on m'a foutu à poil dans l'iso, un jour on est venu m'attacher j'ai pas compris pourquoi vraiment ils savaient pas s'occuper de moi, j'étais pas bien à ce moment-là et ils n'ont rien fait pour moi, ils ont été violents, ils ont ... enfin tout ce qu'on peut entendre comme cliché sur les soins en maladies mentales et sur les hôpitaux ... » (Pro2)

Six interviewés indiquent également la crainte de devoir travailler avec des pairs-aidants qui intègrent une unité de soins tout en étant dans ce qu'ils nomment « un courant antipsychiatrique » où ils ne se sentiraient pas soutenus dans leur travail d'alliance thérapeutique et compliance au traitement par le pair-aidant.

« De temps en temps on entendait ce qui était raconté C'était pas possible. C'était pas possible de cautionner ça. A un moment donné quelqu'un qui dit : « est-ce que tu penses à arrêter ton traitement ? » Ah bah oui Et que de l'autre côté le pair-aidant ne réponde pas, ne rebondisse pas en disant... Alors là, on ne peut pas dans l'institution ... Prôner la non prise de médicaments, c'est quelque chose qu'on ne peut pas cautionner. Donc comment dire au pair-aidant : ben écoute tu peux pas dire ça mais en même temps la personne dit ce qu'elle veut, ça je sais que les médicaments ça a été à un moment donné vraiment compliqué ... » (Pro20)

« J'ai la crainte de pairs-aidants qui s'inscrivent dans cette démarche-là parce qu'ils ont des comptes à rendre avec la psychiatrie, il y a un truc qui s'est mal passé, il y a une revanche à prendre et du coup ce sont des gens qui sont parfois extrêmement véhéments sur la psychiatrie » (Pro7)

2.2.2. Les résistances liées à la crainte de perdre sa place de professionnel au profit d'un pair-aidant

La deuxième catégorie de résistances réside dans la place que viendrait prendre le pair-aidant au sein des équipes soignantes et les conséquences de celles-ci sur les pratiques « routinières » des soignants.

Fort est de constater qu'hormis la crainte d'une rechute symptomatologique du pair-aidant développé au point précédent, l'ensemble des personnes de terrain interviewées (hors personnel de coordination et/ou de direction) craint que la fonction de pair-aidant ne vienne se substituer à d'autres professions et/ou modifier profondément les professions existantes dans le milieu des soins.

Cette catégorie de résistance s'articule en trois points : (1) La crainte de la perte d'emploi, (2) la crainte d'une réduction dans le champ d'action des prises en charge des patients et (3) la crainte de voir ses pratiques quotidiennes modifiées.

2.2.2.1. La crainte de la perte d'emploi

C'est la deuxième crainte la plus fréquemment citée par les personnes interrogées, elle est systématiquement explicitée après la crainte d'une rechute symptomatologique chez le pair-aidant.

« C'était est ce qu'il va pas prendre la place de quelqu'un, d'un travailleur rémunéré comme il se doit et reconnu au sein du service... est-ce qu'il n'allait pas prendre notre rôle d'éducateur, d'ergo, de ... Voilà ... » (Pro6)

« En l'engageant lui ... on va pas empêcher quelqu'un qui a la fonction et le titre pour venir nous aider ... » (Pro19)

« C'est une peur au sens large mais quand même il y avait la peur que globalement cette fonction vienne remplacer d'autres fonctions professionnelles donc il y a un aspect corporatiste comme ça ... » (Pro4)

Une distinction est néanmoins à apporter. Le personnel détenteur d'un diplôme inférieur et/ou équivalent à un baccalauréat met plus à l'avant plan cette résistance que le personnel détenteur d'un diplôme de type Master. En effet, les professionnels qui se sentent les plus menacés et les plus à risque de perdre leur emploi au profit d'un pair-aidant sont dans l'ordre (1) les aides-soignants, (2) les éducateurs, (3) les infirmiers. Les ergothérapeutes et les assistants-sociaux ont plutôt exprimé cette crainte concernant leur collègues (aides-soignants, éducateurs et infirmiers). Les personnes de niveau Master, si elles craignent moins que l'intégration d'un pair-aidant puisse avoir un impact sur la sécurité de leur emploi, c'est surtout la peur que le pair-aidant se substitue à leur fonction qui les inquiète.

« Quand je l'ai présenté aux psychologues, parmi les psychos oui il y a eu des a priori ... » (Pro10)

Mais je pense qu'il y avait la question ... alors c'est moi ... est-ce que j'extrapole en disant c'est une question de place, il vient parler. Tu vois et c'est pour ça que ça choque peut-être plus le psychologue. Il vient parler et qui est peut-être plus sa mission, à lui, tu vois d'être à l'écoute. Est-ce que c'est ça qui le touche plus, lui le psychologue ? » (Pro10)

La question de la durée de la formation versus rémunération a également été souvent liée à cette question de « prendre la place de » par les soignants interrogés. Ils expliquent cette appréhension par le contexte de réduction en matière de financement des soins de Santé actuel. En effet, ils pourraient être remplacés par du personnel moins onéreux pour les institutions. A nouveau on remarque que cette résistance provient des professionnels détenteurs d'un diplôme inférieur ou égal à un baccalauréat.

« La peur qu'un pair-aidant ne fasse qu'une année d'étude de pair-aidance ... et qu'il puisse prendre le même rôle qu'une assistante-sociale, qu'une infirmière.... Enfin voilà.... Prendre les mêmes tâches ou être considéré comme un collègue et avoir un statut professionnel et avoir une rémunération Alors qu'il n'a fait qu'une année d'étude ... Voilà, ça c'était assez délicat la peur de prendre la place ... » (Pro8)

2.2.2.2. La crainte d'une réduction dans le champ d'action des prises en charge des patients

A côté de la question que soulève l'emploi, on entend aussi la question du rôle du pair-aidant au sein de l'équipe. Les soignants émettent une résistance sur la place que les pairs-aidants vont prendre par rapport aux usagers. De nombreux exemples ont été développés à travers lesquels les soignants exprimaient une frustration d'être relégués à des tâches qu'ils qualifient de moins gratifiantes au profit des pairs-aidants, comme la co-animation de groupes ou des accompagnements à l'extérieur dans des tâches de la vie quotidienne. De même, les infirmiers craignent par exemple de devenir uniquement un distributeur de médicaments et/ou de soins somatiques et d'être exclus de l'animation d'un groupe de parole ou d'une constellation avec le réseau extérieur par exemple.

« On a l'impression d'une part que le pair-aidant pourrait prendre un petit peu la place et le travail du professionnel avec le patient qu'il a en charge ... » (Pro15)

D'autres ont également exprimé leurs craintes de se voir moins investis par les patients, ces derniers préférant s'adresser à leurs pairs qu'aux soignants, créant un fossé supplémentaire entre les soignés d'un côté et les soignants de l'autre.

« Il y a aussi que l'utilisateur se confie plus au pair-aidant qu'à l'équipe ... et que donc on ne soit plus vraiment dans une relation thérapeutique de confiance Parce que la confiance est plutôt placée dans le pair-aidant que du côté des soignants ... ça c'est possible aussi ... » (Pro13)

2.2.2.3. La crainte de voir ses pratiques quotidiennes modifiées

La résistance principale concernant les pratiques/habitudes quotidiennes se situe dans l'usage de l'humour entre soignants, entre collègues de manière générale. L'humour est caractérisé comme une pratique nécessaire, salvatrice et fédérateur dans les équipes de soins et particulièrement en psychiatrie selon les soignants.

« Participer aux réunions d'équipe était très compliqué pour eux parce qu'on était et on est toujours une équipe qui est beaucoup dans l'humour et qui pour dédramatiser ... parce qu'aller au domicile des gens voir des gens qui vont pas bien être, enfin être dans leur maison mais c'est aussi dans leur crasse, dans leur odeur dans leur réalité dans leur mal-être dans leur folie ... enfin c'est compliqué Et du coup on peut en rire c'est pas méchant C'est vraiment pour essayer de prendre un peu de distance.... Et pour eux (les pairs-aidants) C'était vraiment difficile ... » (Pro17)

« L'humour c'est la soupape je le dis pas pour être méchante mais y a des moments où les gens me gonflent, enfin c'est humain, c'est parce qu'ils me mettent à mal qu'ils me gonflent, c'est pas un jugement c'est parce qu'il me mettent à mal dans mon travail parce que ça fait 45 fois que j'essaye de faire un truc, que je tourne en rond et que je suis pas contente de ce que je propose comme soins Mais c'est moi que je critique à travers de tout ça. Parce que c'est un truc où je suis pas contente ... » (Pro1)

« A un moment donné on lâche des choses, on fait pas trop attention à ce qu'on dit il y a des choses qui parfois sont crues ou peuvent être mal vécues et dans la réalité quand les pairs-aidant ont été présents on a fait plus ou moins attention pour nous, ça a été pas encore assez je sais qu'il y eu à un moment donné des conflits en disant qu'est-ce que vous venez de dire pourquoi vous vous dites ça du patient, c'est pas bien, pour qui vous vous prenez ... vous le jugez, alors que c'était pas du tout dans le jugement, c'est un moment donné, c'était une soupape et en fait si on perd ce moment-là quand est-ce qu'on l'a ? » (Pro13)

« On s'est dit qu'il y avait des choses qui allaient changer : est-ce qu'on pourra être comme on est d'habitude ... ça s'est dit mais ça on ne sait pas le savoir à l'avance, on s'est dit tiens il y a des choses qu'on se dit entre nous, on rigole parce que voilà, il y a des choses où on banalise.... Est ce qu'on doit pas être plus vigilant dans la manière dont on énonce les choses, où dont on dit les choses parce que peut-être eux avec leurs vécus, ils vont être plus choqués de la manière dont on peut dire ou raconter des choses ... ça on s'est dit ... Est ce qu'on va être les mêmes ...Et comment est-ce qu'on va se comporter ... on va plus pouvoir être naturels ? Qu'est-ce qu'on pourra encore dire ? Qu'est-ce qu'on pourra encore faire ... » (Pro5)

« Avec un pair-aidant quand un patient dit il me fait chier ... Est-ce qu'on va oser le dire ? Parfois on se le dit entre nous parce qu'on a besoin de se lâcher, est ce que s'est quelque chose qui va pouvoir être possible ? » (Pro21)

Cette crainte de ne plus pouvoir avoir cet espace informel lors des réunions par exemple pour pouvoir exprimer son ressenti de manière parfois humoristique, parfois sarcastique, parfois même violente auprès de son collègue est une résistance majeure. De même que le sentiment de pouvoir être naturel aussi bien dans les moments de travail que lors des moments de vie d'équipe en dehors des heures de travail, lors de souper d'équipe ou lors d'afterwork avec des « happy hours » entre collègues où la consommation d'alcool est autorisée alors que le pair-aidant a connu une problématique d'addiction. Cela pourrait être gênant pour tout le monde.

2.2.3. Les résistances liées à la responsabilité professionnelle d'un pair-aidant

La troisième catégorie de résistances la plus développée par les soignants à l'intégration d'un pair-aidant questionne la responsabilité professionnelle de cette nouvelle fonction. En effet, de nombreuses questions semblent rester sans réponse dans cette dimension. Ainsi, les soignants expriment ne pas savoir quelle est leur responsabilité par rapport à la prise en charge des usagers de soins. Sont-ils capables d'une prise en charge, capable de transmettre les informations nécessaires à l'équipe pour la continuité des soins, sont-ils capables de faire la différence entre confiance et secret professionnel et enfin ont-ils les habiletés sociales nécessaires dans un milieu professionnel après parfois un éloignement prolongé du monde du travail ?

A travers toutes ces questions que le soignant se pose, il est pertinent de dégager ces deux aspects : (1) La responsabilité partagée concernant les usagers et (2) l'adaptation au milieu professionnel.

2.2.3.1. La responsabilité partagée concernant les usagers

Le soignant s'interroge sur la responsabilité en termes de sécurité et de prise en charge des patients par les pairs-aidants. Si le pair-aidant est un professionnel, membre d'une équipe pluridisciplinaire, il doit partager la responsabilité du service au même titre que tous les membres de cette équipe selon les soignants. La résistance se situe dans les doutes qu'ont les soignants concernant la capacité des pairs-aidants à assumer cette responsabilité avec eux.

« Quelle confiance on peut avoir ... il y avait une grosse crainte c'était la confiance qu'on peut accorder à l'autre, je pense en tant que professionnel ... » (Pro13)

« Est-ce qu'il est capable ? Il vient avec son expérience Tout le monde a de l'expérience mais il faut savoir l'utiliser à bon escient et qu'est-ce qui prouve que cette personne-là, sait l'utiliser à bon escient, c'est ça ... la crainte ... » (Pro4)

Cette responsabilité partagée est intimement liée à la question de la transmission des informations. Le soignant insiste sur la nécessité d'un partage d'informations comme il est d'usage entre collègues car la continuité des soins et la qualité des soins en dépend. A cet égard, les soignants doutent que le pair-aidant sache identifier ce qui doit être transmis à l'équipe pour garantir cette sécurité et cette continuité.

« Ce qui était aussi compliqué, c'est qu'on avait aucun retour en équipe car certains s'étaient confiés ... et on se disait oui mais il faut l'échanger aussi en équipe ... Si tu as des choses graves qui sont dites, on doit pas tout divulguer mais ... comme le psychologue ne divulgue parfois pas tout son entretien individuel en équipe, mais ... à un moment quand c'est des choses importantes pour le suivi ... mais on en avait pas ... il ne nous disait rien ... » (Pro16)

« Comment est-ce qu'il se retrouve par exemple avec un usager qui par exemple lui fait part de sa ...détresse importante ... d'une anxiété ... d'une automutilation ou de différentes choses par exemple Comme par exemple avoir de l'alcool dans sa chambre ... Comment le pair-aidant va gérer tout ça parce que je pense qu'il faut pas oublier c'est que les pairs-aidants ont été un jour dans leur vie usagers en santé mentale ... ou alors j'ai un usager qui va vraiment pas bien qui est très fragile ... qui a envie de se faire du mal par exemple , qui nomme les choses auprès du pair-aidant et voilà ... je vais me faire du mal, imaginons que le pair-aidant ne relaye pas correctement l'information à l'équipe ..., ça pourrait porter préjudice à l'usager ... au patient. Alors là, on se pourrait se dire mais enfin Il y a peut-être une faute professionnelle à un moment ou un autre parce qu'on n'a pas été assez vigilant quant à cette personne ... A qui la faute ? Est-ce que c'est le pair-aidant ? Est-ce que c'est le professionnel ? Est-ce que le pair-aidant est responsable ? C'est un petit peu des questions qu'on se pose ...» (Pro13)

Et de cette question de la transmission d'informations se pose la question du secret professionnel partagé. Les soignants doutent des pairs-aidants dans leur capacité à distinguer ce qui est de l'ordre du secret professionnel partagé nécessaire pour le suivi d'un côté et la confiance de l'autre.

« Il y a eu ce problème ... La différence entre un secret et une confiance ... Finalement ici on peut avoir des confidences mais on n'a pas de secrets entre professionnels, on ne fait pas de secrets, si un patient vient me dire tu le diras à personne, c'est non... Je veux bien répéter dans cette forme là ... est ce que ça te convient ? ...mais il n'y a pas de secret. Ici il y a eu des formes de secrets ... Du coup à partir de ce moment-là on peut pas travailler on ne peut pas travailler ... » (Pro22)

2.2.3.2. L'adaptation au milieu professionnel

Les soignants sont également résistants car ils doutent que les codes du monde du travail ne soient assimilés et respectés par les pairs-aidants. Même s'ils témoignent d'une certaine compréhension à leur

égard car ils les savent éloignés du monde du travail depuis longtemps, ils considèrent ce manque de connaissance et/ou d'adaptation comme une résistance à leur intégration. Comme arguments, ils mettent en avant plusieurs raisons dans cette adaptation : (1) un non-respect des obligations professionnelles, (2) un manque de rendement professionnel et (3) des priorités professionnelles différentes.

(1) Un non-respect des obligations professionnelles

Plusieurs exemples de situations ont été développées par les soignants concernant un manque de respect des obligations liées au monde professionnel comme par exemple les retards, les absences injustifiées pendant les heures de travail, les départs anticipés, les pauses à répétition, l'alcool sur le lieu de travail ou encore le refus d'effectuer telle ou telle animation de groupe avec les soignants.

Cette citation illustre particulièrement le propos :

« Ben quand on bosse le week-end, c'est souvent plus cool tu vois il y a pas les psychiatres et pas les chefs quoi ... et donc c'est vrai que Allez surtout quand il fait beau ben on part un peu plus tôt mais pas trop quoi ... en fait on récupère un peu de nos heures sup même si on sait que c'est pas trop autorisé mais bon comme on doit de toute façon pointer on verrait si on abuse ...

Et un jour elle était avec moi, je me souviens bien c'était un dimanche et il faisait magnifique ... quasiment tous les patients étaient sortis à l'extérieur ou étaient en week-end et c'est vrai que depuis une heure au moins on se tournait un peu les pouces tu vois ... parce que l'équipe de l'après-midi était déjà là ...

Alors là elle dit bon ben moi je m'en vais on n'a plus rien à faire et en plus il fait trop beau pour bosser ... Mais tu vois il était 13 heures et on bosse jusque 15h15 ! Alors je lui dit hé non hein il faut que tu pointes à 15 heure en partant hein ... ! et là elle me sort comme ça ... Oh ben oui ... mais tu pointeras pour moi ... ?

Et je lui dis ben non je ne peux pas pointer pour toi ... enfin non ça ne se fait pas attendre 15h15 que la journée soit finie et là il me répond ... Rhoo mais je te fais confiance...tu pointes et on ne dira rien ... Je dis non non ... Je ne peux pas le faire pour mes collègues, même pour toi pair-aidant non quoi ... et du coup j'étais mal parce que je voulais être gentille.... Et j'aurais voulu l'aider donc j'avais le mauvais rôle pour lui... et en même temps je me dis c'est une faute grave quoi ... » (Pro15)

(2) Un manque de rendement professionnel

Ces extraits mettent en exergue la dimension « rendement » attendu par tout un chacun en tant que collègue de travail. Les soignants attendent de pouvoir compter sur le pair-aidant comme un membre du personnel à partir du moment où il intègre une équipe ce qui sous-entend des actions telles qu'assurer

des permanences, répondre au téléphone, prendre en charge des tâches administratives et ceci avec un rendement identique à celui des soignants traditionnels.

« A un moment, le pair-aidant dit ... Je reviens je vais enterrer le hamster de ma fille qui est mort ce matin ... comme c'est mercredi on va faire ça ensemble cet après-midi Et il s'en va Et sérieux il est revenu trois heures plus tard ... ! Et toi t'es là et tu fais euh ... attends t'as été payé pendant tes heures chez toi pour l'enterrement et puis moi j'ai bossé à ta place quoi ... et c'est comme quand le téléphone sonne, t'es pas là ... » (Pro1)

« Ah ben, moi je préférerais c'est dur hein ce que je vais dire et je n'en suis pas fière ... mais je préférerais parfois voir un travailleur comme moi qu'un pair-aidant parce que j'ai l'impression qu'il y a tellement de boulot et que parfois on patauge tellement que je préférerais avoir quelqu'un où je sais qui va travailler comme moi et qui va avoir le même rendement, que moi et qui va... et avec qui je vais pas me poser des milliards de questions ... » (Pro18)

« Tu prendrais une usine et tu as des ingénieurs qui font des machines et tu as un gars qui vient et qui dit j'ai bricolé mon vélo, je sais bien comment ça marche ... on lui dira : écoute on va pas te donner un contrat pour autant ... quoi tu vois ... » (Pro7)

Plusieurs soignants d'une même institution ont également précisé que lorsque le pair-aidant a remplacé un des travailleurs en arrêt maladie, les difficultés de collaboration se sont majorées.

(3) Des priorités professionnelles différentes

Plusieurs soignants ont également abordé les questions de priorités. Les soignants et les pairs-aidants ont des priorités qui peuvent ne pas se rencontrer et qui peuvent également donner naissance à des résistances de la part des soignants.

« Parce que les réalités d'un travailleur et d'un soignants plutôt ... ne sont pas les réalités d'un pair-aidant ... et donc en tant que soignants, on est sensible à certaines choses et le pair-aidant n'est pas forcément sensible à ces choses-là ... Euh par exemple j'apportais une importance ... pour moi il était quand même primordial d'avoir... euh ...une ligne interne dans ce lieu pour pouvoir contacter les unités en cas de problème et pour le pair-aidant c'était pas forcément le plus important ... la couleur du carrelage primait sur la ligne téléphonique ... c'est un exemple parmi tant d'autres hein Et donc moi je vais mettre de l'importance sur certains points qui pour elle ne le seront pas forcément ...et vice versa ... » (Pro13)

Malgré ces résistances liées à l'adaptation au milieu professionnel, les soignants s'accordent à dire que l'on ne peut pas établir de trop grandes généralités car ils pensent que la personnalité du pair-aidant peut

aussi influencer de tels « comportements » et que la fonction de pair-aidant ou la pathologie du pair-aidant ne sont pas suffisamment nécessaires pour toujours expliquer telles ou telles attitudes et/ou aptitudes au travail. La personnalité aussi est à prendre en compte.

« Il y a eu des résistances mais qui sont peut-être plus inhérentes à la personnalité du pair-aidant qu'à son ... à sa fonction ... » (Pro12)

« C'est aussi une question de personnalité c'est comme un stagiaire, en soi on n'a pas spécialement envie de prendre un stagiaire et puis on se dit mais nous aussi un jour on a été stagiaire ... Après qu'est-ce qui fait que ça marche ou ça marche pas. C'est fort relié à la personnalité du stagiaire et c'est difficile en un seul entretien de savoir comment la personne va être ... » (Pro17)

« Parce que ... oui il y a la pathologie de la personne et la stabilité pour qu'ils viennent mais il y a peut-être aussi le côté humain aussi ... et ça je pense qu'il faut aussi des qualités humaines à avoir... même pour eux quoi ... si quelqu'un d'hyper renfermé et qui ... Il faut en plus que ces gens outre être un pair-aidant et avoir vécu machin ou machin, il faut qu'ils soient aussi extravertis ... tu vois, un pair-aidant qui est introverti ... Il faut que ça suscite l'envie d'aller vers eux et qu'eux aient envie d'aller vers les gens aussi et ça c'est de son trait de caractère ... Une question de personnalité en fait ... » (Pro8)

A ces questions de personnalité du pair-aidant, les soignants insistent aussi sur l'importance d'un processus d'engagement et un processus d'évaluation régulière pour les pairs-aidants. Ce processus d'engagement a selon les soignants de terrain, sans doute été réduit et trop précipité. Les raisons qu'ils nomment responsables de ces engagements hâtifs sont d'une part le manque de pairs-aidants disponibles à un retour au travail (en tant que pair-aidant dans une institution de soins) qui limite considérablement le nombre de candidats postulant aux postes à pourvoir et d'autre part la « course effrénée » qu'ont menée les différentes institutions pour être la première structure rémunérant un pair-aidant.

« Essayer de coiffer les autres sur le poteau » je me disais c'est pas plus mal parce que des projets comme ça, ça peut durer des dizaines d'années et cette lenteur psychiatrique c'est tout à fait épuisant ... mais ça a eu son revers par après quoi ... » (Pro14)

« On l'a vécu comme un peu parachuté ... mais sans pour autant qu'on était fermé au départ, je crois pas ... on aurait pu dire l'équipe est réticente elle met de freins mais je ne crois pas ... » (Pro2)

« Je crois que l'institution a voulu se profiler dans l'horizon psychiatrique dans le « we have or we have not ... » et qu'ils se sont un peu mordu euh ... la queue ? C'est clair que ça fait beau d'avoir un pair-aidant et qui est payé pour ça ... » (Pro16)

Tous sont donc actuellement unanimes pour que les engagements futurs se fassent moins dans l'urgence et avec un processus de recrutement normatif qui se déroulerait en plusieurs entretiens et temps de rencontre entre l'équipe soignante et le pair-aidant.

2.2.4. Les résistances liées au manque de plus-value ajoutée espérée par la pair-aidance observée auprès des usagers

Comme je l'ai mentionné, cette résistance n'est pas une généralité car elle ne concerne que la moitié des interviewés et non l'ensemble de l'échantillon. Ces interviewés expriment leur insatisfaction et leur déception relative concernant les bénéfices de la pair-aidance pour les usagers. En effet, ils avaient placé une forte attente et un espoir dans le fait qu'être en contact avec un pair-aidant allait avoir un impact positif sur le rétablissement des usagers de soins. L'apport théorique de la pair-aidance sur les usagers n'a selon eux pas été rencontré et encore moins atteint.

« Oui ... j'avais beaucoup d'espoir je ne sais pas , j'avais l'impression que ça allait aider plus de gens ou que plus de gens allaient venir vers lui et finalement les gens j'ai l'impression que les gens n'allaient pas ... les résidents n'allaient pas spécialement plus vers lui que nous ... » (Pro11)

« Nous on pensait vraiment qu'à un moment donné quand il y a des choses difficiles dans le vécu et donc difficiles à venir nous le dire ... et que lui avec sa casquette d'ancien patient ayant vécu certaines chose bien ferait une ouverture ... mais je trouve pas ...que les gens allaient plus spécialement vers lui et ça je trouve ça un peu dommage ... là ça pour aurait été une plus-value ... » (Pro3)

« Y en a avec qui ça c'est passé hein ... mais bizarrement, j'ai pas trouvé ça flagrant » ... (Pro1)

« Du coup moi j'ai été déçue ... parce que, mais c'est mon fantasme aussi, où je m'attendais à un réseau presque underground de soutien de petites ASBL ou des bons plans ou des petites initiatives qu'on connaît pas parce qu'elles sont toutes petites et qui pourraient les aider, enfin j'avais ce fantasme là et puis et puis... finalement j'ai pas eu accès à ça ... » (Pro18)

Mentionnons aussi que deux soignants relatent même l'effet inverse. Plusieurs patients ne reconnaissant pas cette notion d'espoir et de rétablissement dans le concept de la pair-aidance.

« Et y en a d'autres, qui disent oui mais si c'est ça réussir sa vie ... venir travailler ici ... et y en a qui ont dit clairement et je trouve ça chouette qu'ils aient pu le direque c'est décevant de voir que s'en sortir pour certains, c'est de venir travailler en psychiatrie dans un milieu où il y a toujours un médecin, une infirmière, une assistante sociale ...Pour eux, c'est vraiment pas une réussite du tout d'être un expert de vécu ... ça a été dit ... » (Pro15)

A travers ces exemples, les bénéfices attendus de la pair-aidance décrits par les soignants comme une plus-value pour les soignants et pour les usagers ne sont pas rencontrés.

2.3. Discussion

Cette discussion va s'articuler en trois volets : tout d'abord **la confrontation des résultats à la revue de la littérature (1)**, ensuite **un commentaire personnel sur les résultats de l'analyse (2)**, et pour terminer **les limites de ce travail (3)**.

Une discussion commune clôturera ce travail en répondant à notre question de recherche : « Intégration d'un pair-aidant dans une unité de soins psychiatriques : résistance des pairs-aidants et/ou résistance des équipes soignantes ? » et mettra en exergue les différentes pistes qui nous ont paru pertinentes pour une intégration réussie.

2.3.1. *La confrontation des résultats à la revue de la littérature*

Autant les soignants que la littérature se rencontrent sur certaines résistances, autant d'autres sont développées uniquement dans la littérature et ne sont pas abordées par les professionnels de terrain et encore autant d'autres sont totalement absentes de la littérature et abondamment développées par les soignants.

Pour une meilleure lisibilité, j'ai volontairement repris l'ossature de l'analyse des résultats pour développer les liens entre l'analyse des résultats et la revue de littérature.

2.3.1.1. *Les résistances liées à la santé psychique du pair-aidant*

Ces résistances sont aussi bien développées par la littérature que par les soignants interrogés. La crainte d'une détérioration de l'état mental du pair-aidant est clairement explicitée. En effet, Ehrlich explique les doutes qu'ont les soignants traditionnels sur la capacité des pairs-aidants à se gérer et à composer avec l'exposition, la divulgation et le partage de leur vécu, surtout dans des contextes relationnels de proximité. (Ehrlich et al., 2019)

De manière assez similaire, les soignants interrogés identifient trois facteurs potentiellement responsables des rechutes : le contact d'un pair-aidant avec des pairs en souffrance, la résonance de ces souffrances avec son histoire personnelle et le partage répété de son expérience.

La littérature les rejoint car elle rapporte qu'une attention plus particulière à la stabilité émotionnelle des pairs-aidants est présente parce que le spectre de la rechute reste perpétuellement à l'esprit des soignants. (Tse et al., 2017) Mais aussi parce que les pairs-aidants restent vulnérables et risquent leur propre rétablissement en se confrontant au milieu du travail et en divulguant leur histoire personnelle aux bénéficiaires de soins. (Hurley et al., 2016)

La littérature mentionne aussi la question d'une frontière professionnelle peu claire entre les pairs-aidants et les bénéficiaires de soins et de la difficulté qu'ont les pairs-aidants à être à la fois pairs-aidants et également juste pairs. Elle spécifie d'ailleurs que pour les pairs-aidants, le fait de se divulguer correspond à un dépassement de ses frontières continuellement et que ce dépassement les place dans une situation plus propice aux risques de rechutes. (Kent, 2019) Cette question de frontière n'est pas développée par les soignants interrogés.

Cependant une autre question de frontière est développée réciproquement. Il s'agit de la difficulté des soignants d'être en même temps collègue et soignant auprès des pairs-aidants. Effectivement, les soignants traditionnels se disent en difficultés quand ils doivent jouer sur les deux registres à savoir celui de collègues et celui de thérapeute. (Gates & Akabas, 2007) Ils sont conscients que séparer les problèmes d'ordre de la santé mentale et les problèmes ayant un lien avec la charge de travail est difficile dès qu'il s'agit d'un pair-aidant. (Gates & Akabas, 2007) De plus, les équipes soignantes sont peu sécurisées concernant une prise en charge éventuelle d'un pair-aidant allant moins bien. (Meurk et al., 2019) La crainte de devoir travailler avec une personne qui présente une symptomatologie résiduelle est également abordée par la littérature. Assurément, certains soignants traditionnels ont l'impression que les pairs-aidants sont une charge supplémentaire dans leur travail quotidien, comme si le pair-aidant était un patient supplémentaire dont ils devaient en plus s'occuper. (Collins, Firth, & Shakespeare, 2016 ; Gillard et al., 2015 ; Ibrahim et al., 2019) La crainte d'un manque de recul du pair-aidant par rapport à son expérience personnelle trouve également écho dans la littérature qui mentionne que les soignants ont une crainte par rapport au langage professionnel employés par les pairs-aidants, comme s'ils disaient d'avantage les « mauvaises choses » aux « mauvais moments » ce qui aurait un impact sur les usagers. (Davidson et al., 2012)

De manière globale nous pouvons constater que les résistances liées à la santé psychique du pair-aidant sont relativement similaires entre la littérature et les réponses des soignants interrogés. Cependant, un aspect de cette rechute qui n'est pas développé dans la littérature est l'impact que peut avoir cette détérioration de l'état psychique du pair-aidant sur les équipes soignantes et il n'est pourtant pas à négliger. En effet à travers les interviews nous avons eu accès à toute la souffrance, l'impuissance mais aussi la culpabilité des soignants face à ces phénomènes de rechutes. Ces sentiments peuvent se voir délétères pour les soignants car ils viennent les mettre à mal face à leurs idéaux professionnels du « prendre soin ».

Les trois dimensions de cette résistance que sont (1) la crainte de la perte d'emploi, (2) la crainte d'une réduction dans le champ d'action des prises en charge des patients et (3) la crainte de voir ses pratiques quotidiennes modifiées, se retrouvent dans la revue de littérature.

« Et si ... et si ce savoir expérientiel venait remplacer les services traditionnels ? C'est encore une des craintes des soignants traditionnels, alors qu'en réalité les chercheurs estiment que ce savoir est complémentaire aux autres. » (Villani & Kovess-Masféty, 2018, p. 3) Gordon pose par exemple assez explicitement la question suivante : « Quels autres postes vont devoir être revus à la baisse ou supprimés pour financer cette nouvelle fonction de pair-aidant ? » (Gordon & Bradstreet, 2015, p. 163) L'étude Gates va plus loin encore en stipulant que les soignants traditionnels, entre-autre par le manque de définition d'un profil de fonction pair-aidant, pensent que les pairs-aidants mettent en péril leur propres emplois, en les remplaçant dans des rôles similaires mais moins onéreux pour l'institution. (Gates & Akabas, 2007)

Cette crainte nous l'avons entendue chez chacune des personnes interrogées, avec comme nous l'avons signalé une prévalence plus élevée chez les titulaires d'un diplôme inférieur ou équivalent à un baccalauréat. Cette distinction est une donnée qui ne figure pas dans la revue de littérature, en effet c'est uniquement à travers des interviews que nous nous sommes rendues compte de ce gradient : il existe une corrélation entre le degré d'éducation et la crainte de voir son emploi menacé par l'intégration d'un pair-aidant dans les équipes de soins. En effet, plus les soignants possèdent un niveau d'éducation élevé (type Master) moins il craignent qu'un pair-aidant ne les remplace dans leur fonction thérapeutique.

La crainte d'une réduction dans le champ d'action des prises en charge des patients est également développée dans la revue de littérature et partagée lors des interviews. L'étude de Repper attestant que les soignants ont l'impression que les pairs-aidants ne vont effectuer que les activités qui sont au plus près de patients : les visites à domicile, les entretiens, les groupes de paroles, ... rencontre donc pleinement les craintes des personnes interrogées. (Repper, 2013) A nouveau, le degré d'éducation entre également en ligne de compte. Ce sont effectivement les fonctions de type inférieur au niveau des baccalauréats qui craignent le plus cette réduction d'activités, les aides-soignants en tête.

Concernant la crainte de voir ses pratiques soignantes quotidiennes modifiées, les personnes interrogées se sont majoritairement focalisées sur la question de l'humour à considérer comme la soupape d'un travail usant et difficile, alors que la revue de littérature fait état d'autres pratiques potentiellement modifiées par l'intégration d'un pair-aidant. Aucun soignant n'a par exemple rapporté que l'intégration

d'un pair-aidant risquait de modifier les décisions concernant la prise en charge thérapeutique des patients. (Mancini, 2018)

Ce constat peut-il être mis en relation avec une préparation suffisante des équipes soignantes aux concepts du rétablissement ? Ou était-ce tout simplement inenvisageable pour les soignants que leur pouvoir décisionnel concernant la thérapeutique d'un patient puisse être modifié par la présence d'un pair-aidant ? Nous ne pouvons pas répondre à cette question.

Notons également que la revue de littérature et les soignants font état d'évènements informels anecdotiques qui provoquent des doutes dans les équipes mais qui semblent relativement avoir peu d'impacts sur le travail en lui-même. En effet, pour certains soignants les fêtes de Noël, les fêtes ou tout le monde va consommer de l'alcool posent encore question : « Doit-on les inviter, s'il y a de l'alcool prévu ? » Comment donc les inclure intelligemment aux activités ou aux évènements de l'institution, sans pour autant mettre les pairs-aidants en difficultés par rapport à leur chemin de rétablissement ? (Mancini, 2018)

2.3.1.3. Les résistances liées à la responsabilité professionnelle d'un pair-aidant

Cette résistance est celle qui présente le plus de différences entre ce qui a été déplié dans les interviews et ce qui ressort de la littérature. Dans la revue de la littérature, il est rapporté que le personnel soignant a la conviction que les données médicales des usagers ne doivent pas être partagées avec les pairs-aidants. (Gates & Akabas, 2007). Derrière cette restriction d'accès s'exprime la crainte que les pairs-aidants ne sachent pas se conformer au secret professionnel et aux politiques de confidentialité. (Gates & Akabas, 2007).

Cette crainte a peu été abordée par les soignants interrogés. Le partage du secret professionnel ne semble effectivement pas un blocage conséquent. Les soignants mentionnent d'ailleurs le peu d'intérêt des pairs-aidants à participer aux réunions cliniques ou à consulter les dossiers des patients hospitalisés, privilégiant le contact spontané avec leurs pairs. Les soignants pensent que les pairs-aidants sont à même de se conformer au secret professionnel dans le sens « du soignant vers le bénéficiaire », ils sont conscients qu'ils ne peuvent divulguer des informations médicales et/ou psychothérapeutiques d'un patient à une personne qui n'appartient pas à l'équipe soignante du patient.

Par contre, les soignants semblent d'avantage douter des capacités des pairs-aidants à partager des informations concernant le bénéficiaire avec le soignant, ne sachant finalement dans ce sens-là distinguer le secret professionnel partagé entre soignant avec les confidences. C'est ce que les soignants qualifient de responsabilité partagée auprès des usagers.

Même si la littérature mentionne cette crainte, elle ne fait pas partie des craintes principales ou les plus fréquemment citées. On peut néanmoins y lire que les soignants craignent que les pairs-aidants ne partagent pas les informations confidentielles que leur communiquent les usagers qu'ils ont en charge. (Gates & Akabas, 2007). Pourtant pour les soignants interrogés, c'est une de leurs craintes majeures : un pair-aidant qui détiendrait des informations sur un patient et qui ne les transmettrait pas à l'équipe, mettrait dès lors la sécurité des patients et/ou de l'équipe en péril.

Concernant leurs aptitudes à s'adapter aux obligations d'un milieu professionnel, la littérature et les soignants interrogés arrivent à des constats différents : Si les soignants expriment que concrètement les pairs-aidants peuvent présenter des difficultés à gérer les tâches administratives inhérentes au travail (Davidson et al., 2012), ils sont plus inquiets sur le non-respect des obligations d'un milieu professionnel que sur le rendement attendu par un pair-aidant dans une équipe de soins.

La littérature, quant à elle, insiste plus encore sur le fait que certains professionnels pensent que souffrir d'une maladie mentale, par définition, signifie que cette personne est malade et est donc incapable de pouvoir donner 100% de ses capacités sur un lieu de travail. (Gates & Akabas, 2007) Ceci n'a pas été signalé dans les interviews réalisées.

2.3.1.4. Les résistances liées au manque de plus-value ajoutée espérée par la pair-aidance observées auprès des usagers

La littérature ne fait pas état de cette résistance, elle émane uniquement des soignants interrogés. Elle est par ailleurs peut-être, intimement liée au contexte actuel belge et au peu d'expérimentation d'intégration en fédération Wallonie- Bruxelles, c'est ce que nous allons développer au point suivant.

2.3.2. Commentaire personnel sur les résultats de l'analyse

Ces blocages présentés, il m'a alors paru important de contextualiser la situation actuelle concernant l'intégration des pairs-aidants en fédération Wallonie-Bruxelles ainsi que les interviews réalisées dans les institutions.

La situation actuelle en Wallonie-Bruxelles fait état d'expérimentations de pairs-aidants rémunérés au sein de trois institutions de soins. Il m'est clairement apparu qu'engager un pair-aidant dans son institution permettait à celle-ci d'être sur le devant de la scène en matière d'innovation des soins dans le paysage de la Santé Mentale en Belgique francophone. Les soignants l'ont clairement explicité dans les interviews. La pair-aidance considérée comme la pratique innovante voire révolutionnaire à développer, une course folle à qui serait la première institution à financer cette innovation a donc inévitablement eu lieu. Les différents interviewés ont vraiment ressenti cette compétition entre les

institutions pour être le ou les premiers à dire « *we have* » par rapport aux autres institutions du réseau psychiatrique.

Qui dit compétition et course à l'engagement ne veut pas pour autant dire que la préparation et la formation des équipes ait été « bâclée ». En effet, j'ai eu le sentiment que l'ensemble des personnes interrogées maîtrisait les concepts aussi bien de rétablissement que celui de la pair-aidance. A la question « Pouvez-vous me définir la pair-aidance avec vos propres mots ? » ou à la question « Quels sont selon vous les avantages à intégrer un pair-aidant ? », l'ensemble du panel d'interviewés avait une connaissance théorique qui abordait les différents niveaux des avantages, aussi bien au niveau micro pour les usagers et les prestataires de soins qu'au niveau méso pour instiller un changement de paradigmes dans les institutions de soins ainsi qu'au niveau macro dans la fonction de déstigmatisation des usagers en Santé Mentale. Ce genre de niveau de compétence suppose une formation théorique au préalable qui a donc été menée adéquatement et suffisamment au sein des institutions.

Cependant, même si la totalité des équipes rencontrées fait état d'une préparation théorique suffisante, les concepts qui sous-tendent le rétablissement ne semblent pour autant pas intégrés totalement. En effet, les soignants continuent à entretenir une distance relationnelle entre les pairs-aidants et eux-mêmes qui reste de l'ordre de la relation soignants-soignés. Alors que le pair-aidant informe son collègue (soignant traditionnel) de le prévenir s'il remarque certains signes précurseurs de sa rechute, le soignant interprète cette demande comme une demande de soins. Il considère dès lors assez vite le pair-aidant comme un futur patient supplémentaire à sa charge. Alors que si l'on se réfère aux théories du rétablissement, le pair-aidant conscient de ses propres symptômes précurseurs en informe tout simplement ses proches, ses collègues ... bref les personnes ressources qu'il va pouvoir solliciter en cas de rechute. Il est donc clairement dans une démarche d'inclure ses collègues dans son plan de soins de crise. Cette démarche mal comprise par les soignants témoigne donc bien que même s'ils ont été sensibilisés au rétablissement, ils ne l'ont pas encore intégré suffisamment pour en comprendre toute la portée. Les soignants ne semblent pas encore être capables d'entrer dans une relation autre que « professionnelle » ou « soignants-soignés » avec les pairs-aidants. La relation de proximité comme celle qui peut exister avec d'autres collègues traditionnels ne semble pas être possible pour le soignant envers le pair-aidant : soit le pair-aidant est irrémédiablement efficace professionnellement soit il est renvoyé à son statut de malade.

Il semble également que le recrutement du pair-aidant se soit passé de manière trop rapide et sans concertation avec les soignants. Plusieurs soignants évoquent un pair-aidant « parachuté » dans leur unité et sur la seule envie de leur responsable hiérarchique ou de la direction. Et même si les soignants sont conscients que tout ne peut être envisagé de manière théorique et qu'il faille bien à un moment bien

se lancer « pratiquement dans l'aventure », l'intégration a tout de même été trop rapide. Les premières expériences d'intégration ont donc été victimes de leur implémentation rapide mais pas uniquement.

La **notion du besoin** tout d'abord semble totalement avoir été mise de côté. En effet, si le modèle Housing First a dans son modèle fonctionnel d'origine à intégrer un pair-aidant, il n'en est rien des équipes de soins traditionnelles. Comment dès lors intégrer une nouvelle fonction, de surcroît un ex-usager des services de soins, dans un service ou dans une unité sans pour autant l'imposer à l'équipe ? La réponse se situe d'après moi dans la notion du besoin. A partir du moment où une équipe soignante identifie qu'elle est en panne dans ses prises en charge thérapeutique et qu'elle a besoin d'un « outil différent », d'un nouveau cadre de référence ou d'une remise en question de ses pratiques, l'intégration d'un pair-aidant peut être envisagée. Si l'équipe ne part pas du constat que le pair-aidant vient répondre à un besoin que l'équipe pluridisciplinaire ne sait pas combler, alors l'intégration du pair-aidant sera facilitée. Elle s'imposera comme une évidence.

Il est nécessaire que dans les équipes, il y ait une réelle croyance dans la plus-value sur le terrain de la présence d'un pair-aidant. Sans cette identification d'un besoin par les équipes de terrain, il semble que les intégrations soient vouées à l'échec. Notons que les besoins peuvent être de différentes natures mais ils garantissent néanmoins une logique bottom-up dans la volonté d'intégrer un pair-aidant, et non top-down comme l'ont peut-être imposé les coordinateurs dans cette « course effrénée » pour être la première institution à engager.

La question du choix de pair-aidant a également été mise en cause. En effet, le manque de pairs-aidants dans cette « *course effrénée* » à devenir la première institution à engager un pair-aidant a rendu le processus d'engagement compliqué par manque de candidats. S'est-on dès lors précipité et par manque de candidat a-t-on engagé sans avoir vraiment de choix et donc avoir été victime d'une « erreur de casting » ? Le pair-aidant engagé correspondait-il aux attentes de l'équipe et sa personnalité lui permettait-elle de s'intégrer aussi bien dans l'équipe soignante qu'auprès des usagers ? Toutes ces questions restent en suspens chez tous les soignants interrogés, ce qui est plutôt encourageant car les soignants semblent savoir différencier la fonction de pair-aidant de la personnalité propre d'un pair-aidant en particulier. « *Si un autre pair-aidant, avec une autre pathologie, avec une autre expérience de vie avait été engagé dans notre institution, l'intégration aurait-elle été différente ? Facilitée ?* »

Notons également que les interviews réalisées auprès des soignants semblent avoir répondu à un besoin d'exprimer ce qui a été difficile dans ce processus d'intégration d'un pair-aidant. Malgré les années passées depuis la fin de contrats des pairs-aidants (entre une et trois en fonction des institutions), les membres de l'équipe semblent presque tous encore réagir « à chaud » lors des interviews. Je pense que

cela exprime à quel point ces expériences ont été douloureuses aussi bien pour les pairs-aidants que pour les soignants.

Douloureuse parce que les soignants ont été témoins de la détérioration psychique d'une personne et qu'ils se sont sentis impuissants voire même coupables de cette rechute. « *Voir quelqu'un rechuter, devoir reprendre un traitement, devant être hospitalisé, c'est vraiment trash ...* »

Douloureuse parce que les soignants ont eu la conviction que la conséquence de cette course au premier engagement d'un pair-aidant a engendré une première génération de pairs-aidants sacrifiée, catapultée dans une institution de soins ne correspondant ni à la personnalité du pair-aidants ni aux besoins de l'équipe soignante.

Douloureuse parce que cette génération sacrifiée a véritablement été mise en avant et même plus que cela, elle a été mise sous le feu des projecteurs. Comme « attendue au tournant », cette génération de pairs-aidants a été scrutée, observée, analysée par les soignants ce qui a évidemment pour conséquence d'alimenter encore plus le scepticisme des détracteurs de ce concept.

Douloureuse encore parce qu'il semble que peu de mots aient été mis sur la manière dont on accompagne un pair-aidant lors d'une rechute symptomatologique qui a débouché sur une fin de contrat inévitable.

Et douloureuse pour finir parce que la question d'intégrer un pair-aidant est à nouveau posée par la hiérarchie de ces institutions dans un futur proche provoquant des réactions vives et plus résistantes que lors de la première intégration.

Ces réflexions nous ont amenées à la réflexion logique suivante : les soignants considèrent-ils les pairs-aidants comme tous les autres professionnels « lambda » ? Les considèrent-ils comme égaux à tous les autres professionnels soignants ? Les soignants exigent du pair-aidant le plus grand professionnalisme et des comportements irréprochables à tous les niveaux. Mais sont-ils finalement aussi exigeants avec leurs « autres » collègues, les autres soignants traditionnels ?

La réponse est oui, les soignants semblent être plus exigeants à l'encontre des pairs-aidants.

Et si nous analysions tout ce que tel ou tel soignant fait de sa journée de travail ?

Ses interventions auprès des patients sont-elles toujours pertinentes ? Parfois ses paroles, son attitude ou son langage non verbal n'ont-ils pas comme conséquence de rendre encore plus mal un patient ? Son travail est-il toujours efficient, irréprochable ?

On a tous une collègue qui part fumer des cigarettes dans la cafétéria pendant plus que le temps autorisé par les pauses. On a tous une collègue qui arrive un jour sur deux en retard parce qu'elle a des soucis

familiaux. On a tous une collègue qui quitte plus tôt le travail particulièrement les week-ends et les jours fériés quand elle est certaine que la hiérarchie n'est pas présente dans l'institution. On a tous un collègue qui reste devant son ordinateur toute la journée sans daigner se lever pour répondre à un appel ou à une sonnette d'une chambre d'un patient. On a tous une collègue avec qui on ne se sent pas en confiance pour travailler lors d'un shift parce qu'elle ne partage pas les informations concernant les patients ou ne suit pas les protocoles.

Mais aussi, on a tous un(e) collègue qui va moins bien, qui a été victime de burn-out ou d'un épisode dépressif ; un collègue qui se voit particulièrement touché par une situation d'un patient en détresse parce qu'il lui fait penser à son propre fils ou à sa nièce ; une collègue qui nous demande de l'aide parce qu'elle a besoin d'un suivi psycho mais qu'elle veut que cela reste discret ; un collègue dont le conjoint souffre d'alcoolisme et qui nous demande des conseils ; une collègue dont on pense qu'il est temps qu'elle aille chez son médecin pour être mise sous certificat médical, au risque qu'elle ne fasse une erreur professionnelle pouvant être grave de conséquences ; une collègue qui va au supermarché pour son repas du soir lorsqu'elle accompagne un patient à un rendez-vous extérieur ; un collègue plus méfiant qui a toujours l'impression que l'on n'est jamais d'accord avec ses prises en charge ou qui pense que dès que l'équipe partage un fou rire, elle rit de lui ou se moque de sa manière de travailler. Et encore, on a tous un collègue qui a été un jour mal accueilli par ses collègues lors de son premier jour dans l'institution.

Ce qui est donc considéré comme des obstacles à l'intégration ne semble pas être l'adage uniquement des pairs-aidants. Cela existe également dans la sphère des soignants. Ce que les soignants qualifient de comportement inadéquat pour les pairs-aidants, ils le tolèrent voire pire ils le camouflent parfois à la hiérarchie sous le couvert qu'ils ne vont pas « balancer » une collègue. Pourquoi dès lors cela est-il différent avec un pair-aidant dans une équipe ?

En effet, à travers les différents exemples de « *on a tous un collègue qui ...* » nous avons repris méthodiquement les différentes résistances développées dans l'analyse des résultats concernant les pairs-aidants et nous vous avons volontairement donné le contre-pied du côté des soignants. L'exemple de la collègue qui part plus tôt quand sa hiérarchie est absente venant nuancer l'exemple du pair-aidant voulant que sa collègue pointe pour lui. L'exemple de la collègue ayant besoin d'un certificat médical venant nuancer la crainte des soignants qu'un pair-aidant rechute.

Peut-on dès lors conclure que l'intégration d'un pair-aidant n'est rien de plus rien de moins que l'intégration d'un nouveau travailleur dans une équipe soignante ? Nous aurions tendance à répondre que oui. Objectivement peu de résistances nous ont semblé spécifique à la fonction de pair-aidant. Les

questions de confiance ou de responsabilité partagée, de respect des codes du travail et même de fragilité psychique épisodiques peuvent se retrouver parmi nos collègues soignants.

Alors, si ces résistances ne sont pas spécifiques à leurs fonctions, il est temps de poser les limites de ce travail.

2.3.3. Les limites

Les limites de ce travail sont multiples.

Premièrement, concernant notre échantillon. Seules trois institutions ont concrètement expérimenté l'intégration d'un pair-aidant rémunéré. C'est peu et même si les membres du personnel étaient variés en termes d'âges, de professions et de positions hiérarchiques, il n'en reste pas moins peu conséquent. De plus, le milieu de la psychiatrie étant petit, de nombreuses interactions entre le personnel des institutions de soins existent, ce qui pourrait avoir amené des réponses co-construites au travers des retours d'expériences entre travailleurs.

Deuxièmement, sans l'intervention des coordinateurs, l'accès à ce personnel soignant n'aurait pas été envisageable. Cela a-t-il eu une influence sur l'acceptation ou le refus de participer à cette étude ? Cela a-t-il influencé les réponses données lors des interviews ? Les personnes se sont-elles senties en confiance par rapport à leur supérieur hiérarchique pour pouvoir répondre de manière objective aux questions ? Ou au contraire ces personnes ont-elles voulu « régler leurs comptes » avec leur hiérarchie et exprimer leur désaccord par rapport à leur accompagnement dans l'expérience de l'intégration ?

Troisièmement, les personnes interrogées, si elles ont certes l'expérience d'une intégration d'un pair-aidant, cette expérience est majoritairement un phénomène unique. Les équipes ont accueilli un pair-aidant. Comment dès lors distinguer ce qui fait le plus résistance : la fonction de pair-aidant ou la personnalité du pair-aidant engagé ? Comment établir des généralités sur un fait unique ? Seule une institution sur les trois possède une expérience sur l'intégration de plusieurs pairs-aidants mais ceux-ci sont bénévoles et n'entraient donc pas dans notre étude. Les réponses les concernant ont donc volontairement été écartées pour l'analyse des résultats.

Quatrièmement, les personnes interrogées semblent avoir réagi encore « à chaud », comme si elles étaient encore vindicatives par rapport à ces processus d'intégration avortés par les rechutes ou les symptômes résiduels des pairs-aidants. Pour deux des institutions, la fin de l'expérience date de plus d'un an et pourtant le souvenir des difficultés d'intégration semblent encore bien vivaces. Peut-être n'ont-ils pas eu l'occasion de débriefer autour de ces difficultés après les départs des pairs-aidants ? Peut-être était-ce la première fois que l'occasion leur était donnée pour en parler ? Les sentiments de

colère ou de rancœur n'étaient-ils pas encore trop présents pour produire des réponses objectives à nos questions ?

Et cinquièmement, nous sommes toutes les deux infirmières de formation et évoluons depuis plusieurs années dans le réseau de la santé mentale. De ce fait, et malgré les précautions prises, nous aurions pu induire un biais dans la réalisation de nos entretiens. Avons-nous été une trop bonne oreille favorisant la confiance ? Avons-nous focalisé notre analyse, en tant que soignants nous-mêmes, sur nos propres résistances à l'intégration d'un pair-aidant dans notre unité de soins ?

Conclusion

Comme développé lors de l'introduction, notre questionnement est né d'un constat : une non-rencontre entre notre monde de soignants et celui des patients, ces personnes en souffrance que nous souhaitons soigner et aider. En effet, confrontées au phénomène de « porte-tournante », nous nous sommes interrogées sur la qualité des soins que nous offrons. Outre des représentations de la santé et de la qualité des soins divergentes, notre vocabulaire de professionnel ne rencontre pas celui des usagers. Nous avons souvent l'impression que notre discours n'était pas compris par les bénéficiaires et à l'inverse, nous avons parfois des difficultés à nous rendre compte de leur vécu ou de ce qu'ils tentaient de nous transmettre. En tant que soignantes, nous nous sentions impuissantes dans notre prise en charge, mais avons aussi le sentiment d'une perte de confiance de nos patients et d'alliance thérapeutique. La pair-aidance, pratique innovante chez nous, a été abordée lors de nos études. Présentée par Pascale Fransolet, celle-ci a su nous interpeler et nous faire interroger nos pratiques, mais aussi nous faire considérer la solution qu'elle proposait.

Un premier brassage de la littérature avait permis de mettre en évidence les rôles et les nombreux avantages de la pair-aidance, mais aussi différents programmes d'intégration. Les bénéfices concernaient l'utilisateur, le professionnel de santé traditionnel et le pair-aidant lui-même. Cependant, malgré cette revue de la littérature les validant à tous les niveaux et des recommandations de l'OMS confirmant la plus-value d'une intégration de pairs-aidants dans les équipes de soins (Roucou, 2008), seuls deux exemples de pairs-aidants salariés étaient recensés en 2017 en Belgique francophone (Kowalski, 2017). Pourquoi ?

Pourquoi seules de rares implémentations ont pris place actuellement sur le territoire belge francophone ? Pourquoi malgré les preuves évidentes de cette plus-value et les bénéfices tridimensionnels décrits précédemment, ainsi qu'une formation certifiante mise en place par l'UMons, peu (trop peu) de pairs-aidants sont présents sur le terrain professionnel et dans les institutions de soins ? La littérature suggère que l'implémentation de la pair-aidance donne des résultats mitigés (Gillard et al., 2015). Elle met en cause le manque de clarté du rôle du pair-aidant, la stigmatisation envers les pairs-aidants et le manque de support professionnel de la pair-aidance (Gillard et al., 2015; Siantz et al., 2018). De plus, cette intégration implique « du changement au niveau de la culture et des pratiques au sein des services de santé mentale » (Vandewalle et al., 2016, p. 235). Outre le contexte belge et institutionnel, il nous paraissait donc intéressant d'interroger le positionnement des personnes impliquées. Qu'en pensent les professionnels ? Qu'en pensent les pairs-aidants ? Existe-t-il des résistances des soignants et/ou des pairs-aidants dans ce processus d'intégration ?

C'est ce que nous avons souhaité étudier à travers notre double question de recherche :

Intégration de la pair-aidance dans une unité de soins psychiatriques de Belgique francophone : résistances des pairs-aidants et/ou des équipes soignantes ?

L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence des éléments provenant autant des pairs-aidants que des professionnels de santé pouvant bloquer cette implémentation. Nous avons à cœur d'être lus ensemble. Le but était d'assurer que les points de vue et les résistances des soignants traditionnels et des pairs-aidants soient considérés sur un même pied d'égalité. Nous souhaitons, en effet, qu'ils soient vus conjointement comme faisant « obstacle » à une intégration potentielle.

La conclusion de ce travail suivra volontairement le même chemin que notre réflexion. Ainsi, après un rappel de ce que nos revues de littérature avaient permis de mettre en évidence, nous allons discuter les résultats communs de nos recherches. Qu'ont mis en lumière ces entretiens ? Les résistances énoncées et expliquées par les pairs-aidants et les professionnels de santé traditionnels se rencontrent-elles ?

Malgré une omniprésence du point de vue des pairs-aidants au sein de la littérature, nos revues des études internationales nous ont permis de mettre en évidence une série de résistances émanant autant des professionnels que des pairs-aidants. De manière générale, les craintes des uns comme des autres se rejoignent. Ils mettent en avant le manque de connaissance concernant la pair-aidance, le manque de clarté du rôle, les divergences dans les attentes du pair-aidant, la stigmatisation, la fragilité psychique des pairs-aidants, le risque de rechute, le manque de formation des pairs-aidants concernant l'administratif lié à leur travail, ainsi que le manque de formation au rétablissement des professionnels et la culture organisationnelle non orientée vers le rétablissement. Les professionnels ajoutent quant à eux des craintes concernant le respect du secret professionnel et la peur d'un changement de pouvoir, en plus de l'apparition de nouvelles dynamiques de travail. De leur côté, les pairs-aidants craignent également leur manque de crédibilité, la distance thérapeutique et le désintérêt de la part des usagers de même qu'un effet délétère de leur pratique auprès d'eux. Ils ajoutent des blocages liés au manque de financement, de possibilités d'avancement et d'accès aux divers outils de travail.

Qu'en pensent les professionnels et les pairs-aidants de chez nous ? Comment faire se rencontrer les deux points de vue ? Existe-t-il des solutions à ces résistances ?

Mises à part quelques craintes liées au contexte belge, les blocages rapportés par les pairs-aidants et les professionnels de Belgique francophone rejoignent celles énoncées par la littérature. De plus, les points de vue des uns, comme des autres, se rejoignent également. Cependant, les liens entre nos résultats de recherche et la littérature ayant été déjà discutés de façon approfondie dans ce travail (cf. 1.3. Discussion, p. 70 ; 2.3. Discussion, p. 95), ils ne seront plus abordés dans ce chapitre. Nous souhaitons, en effet, nous concentrer sur les concordances, ainsi que les discordances existantes entre les points de

vue des pairs-aidants et ceux des professionnels rencontrés. Le but étant toujours de chercher à expliquer le faible taux d'intégration.

La première résistance sur laquelle nous souhaitons nous arrêter est la question de la rechute. En effet, celle-ci fut nommée autant par les pairs-aidants que les professionnels de santé traditionnels. Mais si les pairs-aidants la liaient à l'effet miroir que pouvaient avoir certains pairs-aidés, les professionnels étaient plus exhaustifs et identifiaient trois facteurs de risques : le contact avec des pairs-aidés en souffrance, l'effet miroir et le partage répété de l'expérience de vécu. Dès lors, ne serait-il pas judicieux pour les pairs-aidants de plus s'interroger à son propos ? Que mettre en place pour lutter contre ? Quelle vision ont les équipes soignantes par rapport à cette question ? Il nous semble que les deux points de vue se rejoignent et il serait bénéfique de travailler ensemble afin de construire des recommandations de bonnes conduites en cas de rechute du pair-aidant car comme le signalait si bien l'un d'entre eux, « *ça fait partie du jeu* » (PA7). Un autre aspect de la rechute abordé par les pairs-aidants, mais peu par les soignants, était l'absentéisme. Les pairs-aidants rencontrés énoncent ce dernier comme étant l'un des blocages principaux à leur intégration et le pensent l'une des plus grandes craintes des professionnels. A l'inverse, toujours en lien avec la question de la rechute, les professionnels traditionnels exprimaient toute leur souffrance d'être à la fois collègues et à la fois soignants des pairs-aidants en décompensation, notamment lorsque le pair-aidant demande d'être prévenu en cas de certains comportements. Or, le fait que le pair-aidant se présente auprès de son nouveau collègue et lui présente les signes précurseurs d'une crise est une preuve de son avancée vers son rétablissement et ne doit pas être dénigrée, ni négligée. Il ne demande pas un conseil professionnel, mais la participation de l'un de ses proches dans la gestion de sa maladie au quotidien. Cette nuance n'est pas toujours perçue par les professionnels rencontrés et peut être source de tension lors d'une intégration. A nouveau, nous pensons important que les deux groupes se rencontrent et travaillent sur la question ensemble.

La deuxième résistance qu'il nous paraît judicieux de développer est la crainte que le poste d'un soignant soit remplacé par un pair-aidant. Les professionnels rencontrés abordaient trois aspects de cette peur : la perte de l'emploi, la diminution du champ d'action auprès des usagers, la modification des pratiques quotidiennes (notamment de l'utilisation d'un humour, souvent noir, pour relâcher la pression). A nouveau, les pairs-aidants sont moins exhaustifs dans leur description de la situation. S'ils nomment le manque de connaissance des professionnels par rapport à la pair-aidance et au rétablissement qu'ils lient d'ailleurs à la crainte de perte d'emploi ainsi qu'à la stigmatisation dont ils sont victimes, les pair-aidants considèrent, au contraire, le questionnement des pratiques comme faisant partie de leurs rôles (cf. 1.3.4.1.2. Pour le soignant traditionnel, p. 34). Ils insistent également sur le fait que leur pratique est complémentaire à celle des soignants traditionnels et qu'en aucun cas, ils ne souhaitent les remplacer. A ce propos, ils ajoutent la nécessité que leur intégration suive une demande de la part des équipes

soignantes. Outre l'orientation institutionnelle vers le rétablissement, ils considèrent ceci comme un préalable essentiel à toute préparation ou intégration de pair-aidance. Il nous semble intéressant de nous arrêter quelques instants sur cette étape. En effet, la question de la demande des équipes est pour nous primordiale. Comment parler d'intégration et de la réussite de celle-ci si au départ l'équipe soignante ne la souhaite pas ? Ne la comprend pas ? N'en voit pas l'utilité ? Un dernier point à ce sujet qui a attiré notre attention est la stigmatisation. Blocage essentiel pour les pairs-aidants, mais pas abordé par les soignants. Là encore, nous considérerons une rencontre entre pairs-aidants et équipes soignantes nécessaire. Les pairs-aidants proposaient que chaque préparation d'équipe pour l'intégration se fasse avec la présence d'un pair-aidant de façon à répondre au maximum des craintes et rassurer les professionnels le plus possible. Ceci nous semble être un conseil judicieux.

Nous souhaitons ensuite aborder la question de la clarté du rôle et de la place des pairs-aidants. En effet, la pair-aidance est un concept novateur dans notre pays. Dès lors, il est peu connu et, encore moins, vu partout de la même façon. Comment définir la pair-aidance ? Quels rôles lui confier ? Quelle place lui attribuer au sein de l'équipe professionnelle ? Le pair-aidant fait-il respecter le cadre au même titre que l'équipe nursing ? Ou est-il plutôt hors cadre et travaille-t-il le lien de confiance et l'éducation pour la santé ? Que communiquer et quand ? Quelle information transmet-il ? Et de quelle façon ? En théorie, nous transmettons à nos collègues ce qui leur est nécessaire à leur accompagnement. En pratique ce n'est pas toujours le cas. Dès lors, toutes ces questions, les pairs-aidants et les professionnels se les posent. Elles sont, en effet, nécessaires à la construction du métier, mais aussi liées à la pair-aidance car par sa présence le pair-aidant questionne les pratiques. Les professionnels émettaient de grandes inquiétudes concernant le secret professionnel partagé et la communication des pairs-aidants. En effet, leur travail est basé sur la confiance des bénéficiaires et le partage d'expérience, voire de confidences par moment, mais certaines de ces informations sont nécessaires pour que les autres intervenants puissent réaliser des soins sécurisés et de qualité. Les professionnels traditionnels craignent que le pair-aidant ne voie le partage de ses informations comme une trahison de la confiance de l'utilisateur. Il s'agit pour nous de deux réalités, de deux priorités de soins qui ne se rencontrent pas : alliance thérapeutique envers et contre tout afin de travailler le rétablissement et réalité de soins mettant en exergue un besoin d'informations pour un travail sécurisé et de qualité. Par exemple, que faire si le pair-aidant se rend compte qu'un bénéficiaire consomme de l'alcool dans sa chambre ou est mis au courant de la consommation par l'utilisateur ? Comment transmettre l'information et à qui ? Comment ne pas briser la confiance du patient ? Mais aussi, comment garantir la sécurité des soins (interactions entre alcool et médicaments) ? Les avis divergent entre pairs-aidants, il nous paraît donc normal, voire logique, que les inquiétudes des professionnels ne trouvent pas réponse et puissent bloquer l'intégration. Il nous semble que les priorités ne sont pas mises aux mêmes endroits, que les professionnels et les pairs-aidants

ne voient pas, ni ne parlent de la même chose, ce qui rend la collaboration difficile. Lors de leurs entretiens, les pairs-aidants expliquaient que c'étaient des sujets à aborder lors des préparations d'équipes et que leurs réponses devaient être vues au cas par cas car chaque pair-aidant est différent. Chaque équipe intègre donc un pair-aidant à sa sauce. Cette notion nous pose question. Si chacun fait comme il veut, comment généraliser la pair-aidance ? Comment intégrer cette pratique dans l'ensemble des équipes de soins ? Comment émettre des recommandations de bonnes pratiques concernant l'intégration qui soient transférables à l'ensemble du territoire francophone belge ?

En lien avec ce questionnement, nous souhaitons rappeler la question du statut qui fait couler beaucoup d'encre auprès des pairs-aidants. Celle-ci semble centrale pour ces derniers, mais n'est pas abordée par les professionnels lors de leurs entretiens. Pourtant, même si ce n'est pas la solution miracle, un statut correctement travaillé et décrit permettrait un financement correct, mais aussi de définir les rôles et la place du pair-aidant au sein des équipes soignants. Il pourrait dès lors faciliter l'intégration de la pair-aidance. Un groupe de travail composé de pairs-aidants se penche actuellement sur la question. Loin de nous l'idée de dénigrer leur travail, mais il nous semblerait intéressant d'intégrer des professionnels dont la pratique est orientée, ou non, vers le rétablissement. Ces derniers permettraient selon nous de soulever certaines interrogations ou inquiétudes du public. Le but recherché est que le statut abouti soit le plus complet possible et réponde autant aux craintes des uns que des autres, notamment celles émises par quelques pairs-aidants lors de leurs interviews (cf. 1.2.4. Les résistances liées au contexte sociétal belge, p. 69). De plus un financement correct de la pair-aidance aiderait, selon nous, à apaiser les craintes de perte d'emploi de certains soignants. Ce ne serait plus une décision institutionnelle d'un pair-aidant « à la place de », mais bien « en plus de ». Afin de clôturer ce point concernant le statut, nous souhaitons rappeler le questionnement des pairs-aidants concernant leur lieu de travail. Bien souvent, ils ne peuvent pratiquer dans un ancien lieu de soins. Comme développé précédemment (cf. 1.2.4. Les résistances liées au contexte sociétal belge, p. 69), ils considèrent cette règle aberrante et estiment que ce sont des situations qui doivent être vues au cas par cas. Ils ajoutent que c'est au pair-aidant de décider s'il souhaite perdre un lieu de soins ou non, mais pas aux équipes d'imposer leur choix. Afin de permettre ceci, ils proposent un processus de recrutement plus rigoureux lors de l'engagement d'un pair-aidant. Ceci n'est pas abordé par les professionnels rencontrés.

Enfin, la formation des pairs-aidants les interpelle autant que les professionnels. En effet, comme développé précédemment (cf. 1.2.3. Les résistances liées à la formation, p. 66), la formation des pairs-aidants interroge. Est-elle suffisante ? Nécessaire ? Obligatoire ? Qu'en est-il de la professionnalisation des pairs-aidants ? Est-ce une évolution naturelle et souhaitable ? Ou au contraire, faut-il absolument chercher à la prévenir ? Ces questions, posées par les pairs-aidants, ne semblent pas faire écho chez les professionnels. Pourtant, elles sont pour nous essentielles car liées, selon nous, à l'intégration. Les autres

professionnels de santé ont accès à leur métier, notamment grâce à un diplôme attestant qu'ils ont suivi une formation. Cela doit-il être nécessaire pour les pairs-aidants dont la base de leur pratique est le savoir expérientiel ? En outre, bien que ce soit considéré par les pairs-aidants comme étant lié à leur personnalité, la question de la juste distance ou présence doit également être abordée. L'une des résistances émises par les professionnels la concernait. Les pairs-aidants travaillent en étant proches des usagers et ont une vision des soins souvent moins formelle que celle des professionnels. Dès lors, un comportement qui pourrait sembler non professionnel pour un soignant traditionnel pourrait être acceptable chez un pair-aidant. Il s'agit pourtant de l'une des résistances émises par les équipes soignantes. Est-ce lié à un manque de connaissance ? A une non-acceptation de la pair-aidance ?

Un dernier blocage énoncé par les professionnels concerne la plus-value de la pair-aidance. En effet, au cours de leurs entretiens, ces derniers ont émis certaines réticences concernant les bienfaits de la pratique auprès des usagers. Ceci nous questionne. Notre première revue de la littérature nous avait permis de mettre en évidence une série d'avantages de la pair-aidance et notamment auprès des usagers (cf. 1.3.1.1.1. Pour le bénéficiaire, p. 31). De plus les pairs-aidants interrogés n'y voyaient que des avantages. Mais justement, il s'agit de l'opinion des pairs-aidants et ces derniers vont difficilement dénigrer leur pratique ou interroger leurs responsabilités durant leur intégration. Il en était de même dans la revue de la littérature (cf. 4.1. Critique de la littérature, p. 55). L'omnipotence des pairs-aidants et le peu de considération du point de vue des professionnels est pour nous un gros manquement au sein de la littérature internationale.

Face à ces résistances, les pairs-aidants proposent une série de solutions (recrutement rigoureux, préparation des équipes en présence d'un pair-aidant, statut légal, réseau social du pair-aidant), tandis que de leur côté, les professionnels n'ont que peu abordés cet aspect lors de leurs entretiens. Ne voyaient-ils pas de solutions ? De pistes de recherche ? Comment améliorer la situation ? Les solutions proposées par les pairs-aidants ont-elles été discutées avec les professionnels travaillant également sur la préparation des équipes ? C'est également un point qu'il nous paraîtrait judicieux d'aborder de manière plus précise entre professionnels et pairs-aidants dans le futur.

Discuter de ces blocages et confronter le vécu des uns comme des autres, nous interroge sur la profondeur de ceux-ci. Beaucoup de craintes nous semblent avant tout liées à la personnalité du futur employé, plutôt qu'à la fonction du pair-aidant et pourraient être solutionnées par un processus de recrutement plus rigoureux lors de l'embauche. Nous avons le sentiment que l'intégration de la pair-aidance se passerait de façon plus fluide si les pairs-aidants et les professionnels de santé travaillaient main dans la main. Le but est de répondre à ces questionnements et de trouver des solutions, des pistes de réponses, car ils existent et ne doivent pas être dénigrés, ni négligés. Autant les pairs-aidants que les

professionnels ont émis des craintes, ont exprimé des peurs, des inquiétudes quant à la pair-aidance, mais ils nous ont surtout raconté leurs expériences, qu'elles aient été positives ou négatives. Ne pas les considérer et apprendre de ces échecs ou réussites serait pour nous une erreur lorsqu'on aborde la problématique de l'intégration de la pair-aidance.

Notre réflexion de départ partait d'un constat, une non-rencontre entre notre monde de soignants et celui des personnes dont nous souhaitions prendre soin. La pair-aidance nous avait été présentée comme une solution à cette problématique. Rédiger cette discussion nous interroge à son propos. Nous avons parfois eu le sentiment que le monde des pairs-aidants ne rejoignait pas plus profondément celui des soignants. Cependant, nous n'avons rencontré que peu de personnes ayant une expérience positive ou répétée de la pair-aidance et encore moins de la pair-aidance rémunérée. En effet, peu de pairs-aidants rencontrés ont eu l'occasion de pratiquer la pair-aidance en dehors de leur stage formatif et encore moins sous forme d'emploi rémunéré. A l'inverse, les professionnels ayant vécu une expérience négative d'intégration n'ont pas ressenti le besoin de la réitérer. Outre les limites de nos recherches précédemment citées, il nous semblait important de rappeler cet état de fait.

A la fin de ce processus de réflexion, il nous pensons que les résistances à l'intégration de la pair-aidance ne proviennent pas essentiellement d'un acteur de terrain par rapport à un autre. Nous avons le sentiment qu'elles proviennent d'un ensemble de petits éléments qui mis ensemble forment un obstacle pouvant la bloquer. Une rencontre entre pairs-aidants et professionnels nous semble primordiale afin d'adresser ces différents éléments et de réfléchir à des solutions. Par professionnels, nous entendons une représentation des différents métiers, mais aussi des différents points de vue, à savoir pour ou contre la pair-aidance. Pour nous, le travail de la rechute et la prévention de celle-ci serait un excellent premier sujet de réunion.

Ensuite, il nous paraît important de signaler que les résultats de notre recherche ne sont pas transférables. Comme développé auparavant dans ce travail, il n'y a que peu d'exemples d'intégration de pair-aidance, et encore moins rémunérées, en Belgique francophone. Les expériences ont souvent été uniques et non réitérées après un échec. De leur côté, les pairs-aidants rencontrés n'ont que peu d'expérience professionnelle dans le domaine. En fin de parcours, nous pensons que cette recherche a eu lieu trop tôt et devrait être refaite dans quelques années, après que la pair-aidance ait eu le temps de s'installer. Un autre élément de recherche future serait, pour nous, un bilan des différents programmes d'implémentations. En effet, s'il nous est aisé de trouver des études traitant de leur création et interrogeant les pairs-aidants à ce sujet, il est plus difficile de trouver les mêmes informations du point de vue des professionnels impliqués et encore moins des bénéficiaires. Comment se sont déroulés ces programmes ? Comment les professionnels les ont-ils vécus ? Et les bénéficiaires ? Quels ont été les

obstacles ? Comment ont-ils été résolus ? Quels ont été les bénéfices ou risques pour l'ensemble des acteurs concernés ?

Bibliographie

- Absil, M. (2014). Les savoirs situés, un nouveau type d'expertise ? | psychiatries.be. Consulté 9 février 2019, à l'adresse <https://www.psychiatries.be/reconnaissance-et-emancipation/les-savoirs-situes-un-nouveau-type-dexpertise/>
- Ailam, L., Rchidi, M., Tortelli, A., & Skurnik, N. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(6), 455. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.05.001>
- Batugowski, A., Legrand, A., & Van Huyck, C. (2018). *De la complémentarité entre les savoirs*. 7-8. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Beetlestone, E., Loubières, C., & Caria, A. (2011). Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. *Santé Publique*, 23(HS), 141-153.
- Bodart, L., Dams, D., Deltour, C., Delmotte, C., Di Pietrantonio, L., Drion, M.-C., ... Van Duyse, V. (2014). *La fonction sociale en Service de santé mentale. Synthèse 2014. Groupe de travail « Fonction sociale en SSM »*. Consulté à l'adresse <http://cresam.kiffandco.be/wp-content/uploads/2017/10/synthese.pdf>
- Bonsack, C. (2016). La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(6), 172-176.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227-232.
- Borzi, S., Van Goethem, A., & Van Cauwenbergh, F. (2018). *Un statut pour le pair-aidant*. 5-6. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Bougerol, T. (2011). *UE7 - Santé Société Humanité - Ethique et relation*. Consulté à l'adresse http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf
- Bringout, V., Deborman, S., & Feraille, C. (2018). *Le processus de rétablissement, le pouvoir d'agir et la dynamique de l'espoir*. 10-11. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>

- Cherbonnier, A. (2014). *Quelle place la société fait-elle à la folie?* Consulté à l'adresse <https://questionsante.org/assets/files/EP/Folie.pdf>
- Coleman, R., Ellis, W., & Taylor, K. (2007). *Developing peer support workers: practical learning for mental health*. P & P Press.
- Collins, R., Firth, L., & Shakespeare, T. (2016). « Very much evolving »: a qualitative study of the views of psychiatrists about peer support workers. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 25(3), 278-283. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167858>
- Crane, D. A., Lepicki, T., & Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282-288. <https://doi.org/10.1037/prj0000186>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123-128.
- Demailly, L. (2018). L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome*, (65-66), 6-7.
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Les rencontres entre médiateurs de santé pairs et usagers de la psychiatrie en France : caractéristiques générales et effets du dispositif sur les représentations des usagers. Partie 1. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 171-187. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032389ar>
- Deschamps, P., & Sandron, L. (2017). *Intégrer des pairs-aidants pour répondre au décalage entre les publics et les travailleurs sociaux*. 21-22. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Hors%20circuits%20rapport-web.pdf>
- Dujardin, F., Jamouille, P., & Sandron, L. (2017). La pair-aidance dans les domaines de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. Apport, enjeux et formation. *L'observatoire*, (92), 5-9.
- Dupont, S., Le Cardinal, P., Marsili, M., François, G., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2011). Intégrer d'anciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale : une expérience pilote. *La santé de l'homme*, (413), 32-33.

- Eckert, N. (s. d.). *Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie*. Consulté à l'adresse http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf
- Ehrlich, C., Slattery, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2019). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 0(0), 1-9.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612334>
- Faulkner, A., Sadd, J., Hughes, A., Thompson, S., Nettle, M., Wallcraft, J., ... McKinley, S. (2013). *Mental peer support in England: piecing together the jigsaw*. Consulté à l'adresse <https://www.mind.org.uk/media/5910954/piecing-together-the-jigsaw-full-version.pdf>
- Feraille, C. (2017). *Menu : l'apport d'un pair-aidant au sein d'un CRF* (Université de Mons). Consulté à l'adresse <https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/7-tff-2017/>
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Formation « Pair-aidance » 2018. (2018). Consulté 6 décembre 2018, à l'adresse UMONS - Sciences de la Famille website: <http://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/>
- Fousson, J. (2006). En finir avec la folie ? *L'information psychiatrique*, me 82(10), 817-825.
- Franke, C. C. D., Paton, B. C., & Gassner, L.-A. J. (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*, 16(2), 179-186.
- Fransolet, P. (2017). Accueillir des pairs aidants dans une institution psychiatrique : un cheminement personnel et institutionnel. *L'observatoire*, (92), 15-19.
- Fransolet, P. (2018). *La fleur de Patricia. Carnet du rétablissement en santé mentale à destination de l'utilisateur, de son proche et du professionnel*. Bruxelles.
- Fransolet, P. (2019). *Processus de rétablissement et pair-aidance*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Fransolet, P., Lefebvre, L., & Naranjo Sanchez, M. (2018). *Les savoirs, savoir-faire et savoir-être de la pair-aidance*. 6-7. Consulté à l'adresse <http://www.leforum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>

- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 293-306.
<https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 682-694.
<https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. In L. Demailly & N. Garnoussi, *Aller mieux. Approches sociologiques*. (Presse universitaire du Septentrion). Lille.
- Godrie, B. (2017a). Des pratiques de soin à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels. Le cas des pairs aidants en santé mentale. In *L'engagement de la personne dans les soins de santé et service sociaux. Regards croisés France-Québec*. (p. 79-92). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Godrie, B. (2017b). Professionnalisation des intervenants pairs : de quoi parle-t-on au fait ? *L'observatoire*, (92), 10-14.
- Gordon, J., & Bradstreet, S. (2015). So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World Journal of Psychiatry*, 5(2), 160-166. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i2.160>
- Grant, K. L., Simmons, M. B., & Davey, C. G. (2018). Three Nontraditional Approaches to Improving the Capacity, Accessibility, and Quality of Mental Health Services: An Overview. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 69(5), 508-516. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700292>
- Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 100-108. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8>
- Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., & Graham, I. (2016). A critical discussion of Peer Workers: implications for the mental health nursing workforce. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 129-135. <https://doi.org/10.1111/jpm.12286>

- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., ... Slade, M. (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>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>
- JOUET, (Emmanuelle), & FLORA (Luigi). (2011). Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France. *Santé de l'homme*, (413), 12-15.
- Kent, M. (2019). Developing a Strategy to Embed Peer Support into Mental Health Systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 46(3), 271-276. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8>
- Kilpatrick, E., Keeney, S., & McCauley, C.-O. (2017). Tokenistic or genuinely effective? Exploring the views of voluntary sector staff regarding the emerging peer support worker role in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 503-512. <https://doi.org/10.1111/jpm.12391>
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S., & Bouleau, J.-H. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *PSN, me* 12(4), 7-27.
- Kowalski, T. (2017). *Parcours d'un(e) pair-aidant(e) en Belgique francophone*. (Université de Mons). Consulté à l'adresse <https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/7-tff-2017/>
- Lagueux, N. (2014). L'intervention par les pairs, un tandem d'espoir vers le rétablissement. *Revue thématique CREA*, 4.
- Launay, C., & Maugiron, P. (2017). Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. [/data/revues/00034487/unassign/S0003448717302287/](https://www.em-consulte.com/en/article/1138183). Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/1138183>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives, Recovery-oriented and peer-support practices. Historical studies and perspectives. *L'information psychiatrique, me* 89(5), 365-370.

- Le tokénisme: qu'est-ce que c'est? (2019, octobre 16). In *Sur le vif*. Consulté à l'adresse <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/sur-le-vif/segments/entrevue/138453/tokenisme-soukaina-boutiyeb-jeton-immigration-jeune-femme-discrimination-inclusivite>
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., & Stagg, H. R. (2015). Peer Support Workers in Health: A Qualitative Metasynthesis of Their Experiences. *PLoS ONE*, 10(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141122>
- Macq, J., & Thunus, S. (2018). *WFSP 2211 : Organisation et analyse des systèmes et réseaux locaux de soins*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Mancini, M. A. (2018). An Exploration of Factors that Effect the Implementation of Peer Support Services in Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4>
- Martin, B. (2015). L'expérience de la personne. *Perspectives Psy*, 53(4), 297-298.
- Martin, J.-P. (2002). La maladie mentale comme objet sociologique. *Mouvements*, no21-22(3), 128-132.
- Meurk, C., Parker, S., Newman, E., & Dark, F. (2019). Staff Expectations of an Australian Integrated Model of Residential Rehabilitation for People With Severe and Persisting Mental Illness: A Pragmatic Grounded Theory Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00468>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. (p. 189) [Rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS]. Consulté à l'adresse Organisation Mondiale de la Santé website: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2019). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581349>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, me 88(4), 257-266.

- Pelletier, J.-F., & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 19-33.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032380ar>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., ... Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique*, S1(HS), 41-50.
- Programme « Médiateur de santé/pair ». (2018). Consulté 3 décembre 2018, à l'adresse CCOMS website:
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-%C2%AB%C2%A0m%C3%A9diateur-de-sant%C3%A9pair%C2%A0%C2%BB>
- Provencher, H. (2007). Le paradigme du rétablissement : une expérience globale de santé. *Le partenaire*, 15(1), 4-12.
- Psytoyens ASBL. (2015). « Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair ». *Intégrer un pair aidant dans une équipe professionnelle*. Consulté à l'adresse <http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf>
- Puschner, B. (2018). Peer support and global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 413-414. <https://doi.org/10.1017/S204579601800015X>
- Repper, J. (2013). 7. *Peer Support Workers: a practical guide to implementation*. Consulté à l'adresse <https://imroc.org/resources/7-peer-support-workers-practical-guide-implementation/>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: Lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7, 70-78. <https://doi.org/10.1108/17556221211236466>
- Roelandt, J.-L., & El Ghazi, L. (2015). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française, Mental Health and Citizenship: French history, Resumen. *L'information psychiatrique*, me 91(7), 539-548.

- Roucous, S. (2008). Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *L'information psychiatrique*, 84(10), 913-921.
- Salvarelli, J.-P. (2013). De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *L'information psychiatrique*, 89(1), 15-31.
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É., & Staes, B. (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*, 183.
<https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Siantz, E., Rice, E., Henwood, B., & Palinkas, L. (2018). Where do Peer Providers Fit into Newly Integrated Mental Health and Primary Care Teams? A Mixed Method Study. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(4), 538-549. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0843-9>
- Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., ... Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*, 14, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-30>
- Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 662-671. <https://doi.org/10.1111/inm.12351>
- Soutien par les pairs | Commission de la santé mentale du Canada. (2018). Consulté 30 octobre 2019, à l'adresse Commission de la santé mentale du Canada website:
<https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement/soutien-par-les-pairs>
- St-Onge, M. (2018). Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. *Rhizome*, (65-66), 31-32.
- Sunderland, K., Mishkin, Mahajan, S., & Grenier, S. (2013). *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs - pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Swarbrick, M., Tunner, T. P., Miller, D. W., Werner, P., & Tiegreen, W. W. (2016). Promoting health and wellness through peer-delivered services: Three innovative state examples. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 204-210. <https://doi.org/10.1037/prj0000205>

- Thunus, S., Cerfontaine, G., & Schoernaers, F. (2012). Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique: de l'asile vers les réseaux et circuits de soins. *Revue d'Action Sociale et Médico-Sociale*, 72. Consulté à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:201002>
- Tse, S., Mak, W. W. S., Lo, I. W. K., Liu, L. L., Yuen, W. W. Y., Yau, S., ... Wong, S. (2017). A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry Research*, 255, 27-35.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.007>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Vermorel, H., & Vermorel, M. (2012). De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique*, 88(9), 759-770.
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 736-740. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- Villani, M., & Kovess-Masféty, V. (2018). Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale*, 44(5), 457-464.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.003>
- Walsh, P. E., McMillan, S. S., Stewart, V., & Wheeler, A. J. (2018). Understanding paid peer support in mental health. *Disability & Society*, 33(4), 579-597. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1441705>
- Wyngaerden, F., & Deleu, G. (2019). *WFSP 2282: Réinsertion et réhabilitation sociales*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Ailam, L., Rhidi, M., Tortelli, A., & Skurnik, N. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 167(6), 455.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.05.001>

- Batugowski, A., Legrand, A., & Van Huyck, C. (2018). *De la complémentarité entre les savoirs*. 7-8. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Beetlestone, E., Loubières, C., & Caria, A. (2011). Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. *Sante Publique*, 23(HS), 141-153.
- Bodart, L., Dams, D., Deltour, C., Delmotte, C., Di Pietrantonio, L., Drion, M.-C., ... Van Duyse, V. (2014). *La fonction sociale en Service de santé mentale. Synthèse 2014. Groupe de travail « Fonction sociale en SSM »*. Consulté à l'adresse <http://cresam.kiffandco.be/wp-content/uploads/2017/10/synthese.pdf>
- Bonsack, C. (2016). La psychiatrie communautaire dans l'inclusion sociale des troubles de la santé mentale. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(6), 172-176.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227-232.
- Borzi, S., Van Goethem, A., & Van Cauwenbergh, F. (2018). *Un statut pour le pair-aidant*. 5-6. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Bougerol, T. (2011). *UE7 - Santé Société Humanité - Ethique et relation*. Consulté à l'adresse http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/bougerol_thierry/bougerol_thierry_p01/bougerol_thierry_p01.pdf
- Bringout, V., Deborman, S., & Feraille, C. (2018). *Le processus de rétablissement, le pouvoir d'agir et la dynamique de l'espoir*. 10-11. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Cherbonnier, A. (2014). *Quelle place la société fait-elle à la folie?* Consulté à l'adresse <https://questionsante.org/assets/files/EP/Folie.pdf>
- Coleman, R., Ellis, W., & Taylor, K. (2007). *Developing peer support workers: practical learning for mental health*. P & P Press.

- Collins, R., Firth, L., & Shakespeare, T. (2016). « Very much evolving »: a qualitative study of the views of psychiatrists about peer support workers. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 25(3), 278-283. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1167858>
- Crane, D. A., Lepicki, T., & Knudsen, K. (2016). Unique and common elements of the role of peer support in the context of traditional mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 282-288. <https://doi.org/10.1037/prj0000186>
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(2), 123-128.
- Demailly, L. (2018). L'idée de rétablissement-recovery : dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome*, (65-66), 6-7.
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Les rencontres entre médiateurs de santé pairs et usagers de la psychiatrie en France : caractéristiques générales et effets du dispositif sur les représentations des usagers. Partie 1. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 171-187.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032389ar>
- Deschamps, P., & Sandron, L. (2017). *Intégrer des pairs-aidants pour répondre au décalage entre les publics et les travailleurs sociaux*. 21-22. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Hors%20circuits%20rapport-web.pdf>
- Dujardin, F., Jamouille, P., & Sandron, L. (2017). La pair-aidance dans les domaines de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. Apport, enjeux et formation. *L'observatoire*, (92), 5-9.
- Dupont, S., Le Cardinal, P., Marsili, M., François, G., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2011). Intégrer d'anciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale : une expérience pilote. *La santé de l'homme*, (413), 32-33.
- Eckert, N. (s. d.). *Un bref historique de la notion d'enfermement en psychiatrie*. Consulté à l'adresse http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf

- Ehrlich, C., Slattery, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2019). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 0(0), 1-9.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1612334>
- Faulkner, A., Sadd, J., Hughes, A., Thompson, S., Nettle, M., Wallcraft, J., ... McKinley, S. (2013). *Mental peer support in England: piecing together the jigsaw*. Consulté à l'adresse <https://www.mind.org.uk/media/5910954/piecing-together-the-jigsaw-full-version.pdf>
- Feraille, C. (2017). *Menu : l'apport d'un pair-aidant au sein d'un CRF* (Université de Mons). Consulté à l'adresse <https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/7-tff-2017/>
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Formation « Pair-aidance » 2018. (2018). Consulté 6 décembre 2018, à l'adresse UMONS - Sciences de la Famille website: <http://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/>
- Fousson, J. (2006). En finir avec la folie ? *L'information psychiatrique*, 82(10), 817-825.
- Franke, C. C. D., Paton, B. C., & Gassner, L.-A. J. (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*, 16(2), 179-186.
- Fransolet, P. (2017). Accueillir des pairs aidants dans une institution psychiatrique : un cheminement personnel et institutionnel. *L'observatoire*, (92), 15-19.
- Fransolet, P. (2018). *La fleur de Patricia. Carnet du rétablissement en santé mentale à destination de l'utilisateur, de son proche et du professionnel*. Bruxelles.
- Fransolet, P. (2019). *Processus de rétablissement et pair-aidance*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

- Fransolet, P., Lefebvre, L., & Naranjo Sanchez, M. (2018). *Les savoirs, savoir-faire et savoir-être de la pair aidance*. 6-7. Consulté à l'adresse <http://www.le-forum.org/uploads/Note%20de%20synth%C3%A8se%20pair-aidance.pdf>
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 293-306. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0109-4>
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... Stamou, E. (2015). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(6), 682-694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. In L. Demailly & N. Garnoussi, *Aller mieux. Approches sociologiques*. (Presse universitaire du Septentrion). Lille.
- Godrie, B. (2017a). Des pratiques de soin à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels. Le cas des pairs aidants en santé mentale. In *L'engagement de la personne dans les soins de santé et service sociaux. Regards croisés France-Québec*. (p. 79-92). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Godrie, B. (2017b). Professionnalisation des intervenants pairs : de quoi parle-t-on au fait ? *L'observatoire*, (92), 10-14.
- Gordon, J., & Bradstreet, S. (2015). So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World Journal of Psychiatry*, 5(2), 160-166. <https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i2.160>
- Grant, K. L., Simmons, M. B., & Davey, C. G. (2018). Three Nontraditional Approaches to Improving the Capacity, Accessibility, and Quality of Mental Health Services: An Overview. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 69(5), 508-516. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700292>
- Guerra, G. (2008). Paradigmes, projets, représentations du sujet dans les pratiques cliniques, Summary. *Cliniques méditerranéennes*, (77), 63-76.

- Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(1), 100-108.
<https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8>
- Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., & Graham, I. (2016). A critical discussion of Peer Workers: implications for the mental health nursing workforce. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2), 129-135. <https://doi.org/10.1111/jpm.12286>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., ... Slade, M. (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>
- Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-205>
- JOUET, (Emmanuelle), & FLORA (Luigi). (2011). Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France. *Santé de l'homme*, (413), 12-15.
- Kent, M. (2019). Developing a Strategy to Embed Peer Support into Mental Health Systems. *Administration and Policy in Mental Health*, 46(3), 271-276. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0912-8>
- Kilpatrick, E., Keeney, S., & McCauley, C.-O. (2017). Tokenistic or genuinely effective? Exploring the views of voluntary sector staff regarding the emerging peer support worker role in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 503-512.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12391>
- Koenig, M., Castillo, M.-C., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S., & Bouleau, J.-H. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *PSN, me* 12(4), 7-27.

- Kowalski, T. (2017). *Parcours d'un(e) pair-aidant(e) en Belgique francophone*. (Université de Mons). Consulté à l'adresse <https://www.sciencesdelafamille.be/formation-pair-aidance-2018/7-tff-2017/>
- Lagueux, N. (2014). L'intervention par les pairs, un tandem d'espoir vers le rétablissement. *Revue thématique CREA*, 4.
- Launay, C., & Maugiron, P. (2017). Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. */data/revues/00034487/unassign/S0003448717302287/*. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/1138183>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives, Recovery-oriented and peer-support practices. Historical studies and perspectives. *L'information psychiatrique, me 89(5)*, 365-370.
- Le tokénisme: qu'est-ce que c'est? (2019, octobre 16). In *Sur le vif*. Consulté à l'adresse <http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/sur-le-vif/segments/entrevue/138453/tokenisme-soukaina-boutiyeb-jeton-immigration-jeune-femme-discrimination-inclusivite>
- MacLellan, J., Surey, J., Abubakar, I., & Stagg, H. R. (2015). Peer Support Workers in Health: A Qualitative Metasynthesis of Their Experiences. *PLoS ONE*, 10(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141122>
- Macq, J., & Thunus, S. (2018). *WFSP 2211 : Organisation et analyse des systèmes et réseaux locaux de soins*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- Mancini, M. A. (2018). An Exploration of Factors that Effect the Implementation of Peer Support Services in Community Mental Health Settings. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 127-137. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0145-4>
- Martin, B. (2015). L'expérience de la personne. *Perspectives Psy*, 53(4), 297-298.

- Martin, J.-P. (2002). La maladie mentale comme objet sociologique. *Mouvements*, no21-22(3), 128-132.
- Meurk, C., Parker, S., Newman, E., & Dark, F. (2019). Staff Expectations of an Australian Integrated Model of Residential Rehabilitation for People With Severe and Persisting Mental Illness: A Pragmatic Grounded Theory Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00468>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*. (p. 189) [Rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS]. Consulté à l'adresse Organisation Mondiale de la Santé website:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2019). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 1-7.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581349>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, me 88(4), 257-266.
- Pelletier, J.-F., & Davidson, L. (2015). À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 19-33.
<https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032380ar>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., ... Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, The Montreal model: the challenges of a partnership relationship between patients and healthcare professionals. *Sante Publique*, SI(HS), 41-50.
- Programme « Médiateur de santé/pair ». (2018). Consulté 3 décembre 2018, à l'adresse CCOMS website: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=programme-%C2%AB%C2%A0m%C3%A9diateur-de-sant%C3%A9pair%C2%A0%C2%BB>

- Provencher, H. (2007). Le paradigme du rétablissement : une expérience globale de santé. *Le partenaire*, 15(1), 4-12.
- Psytoyens ASBL. (2015). « Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair ». *Intégrer un pair aidant dans une équipe professionnelle*. Consulté à l'adresse <http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf>
- Puschner, B. (2018). Peer support and global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(5), 413-414. <https://doi.org/10.1017/S204579601800015X>
- Repper, J. (2013). 7. *Peer Support Workers: a practical guide to implementation*. Consulté à l'adresse <https://imroc.org/resources/7-peer-support-workers-practical-guide-implementation/>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Repper, J., & Watson, E. (2012). A year of peer support in Nottingham: Lessons learned. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 7, 70-78. <https://doi.org/10.1108/17556221211236466>
- Roelandt, J.-L., & El Ghazi, L. (2015). Santé mentale et citoyenneté : une histoire française, Mental Health and Citizenship: French history, Resumen. *L'information psychiatrique*, 91(7), 539-548.
- Roucou, S. (2008). Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *L'information psychiatrique*, 84(10), 913-921.
- Salvarelli, J.-P. (2013). De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *L'information psychiatrique*, 89(1), 15-31.
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É., & Staes, B. (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*, 183. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Siantz, E., Rice, E., Henwood, B., & Palinkas, L. (2018). Where do Peer Providers Fit into Newly Integrated Mental Health and Primary Care Teams? A Mixed Method Study. *Administration and Policy in Mental Health*, 45(4), 538-549. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0843-9>
- Simpson, A., Flood, C., Rowe, J., Quigley, J., Henry, S., Hall, C., ... Bowers, L. (2014). Results of a pilot randomised controlled trial to measure the clinical and cost effectiveness of peer support in increasing hope and quality of life in mental health patients discharged from hospital in the UK. *BMC Psychiatry*, 14, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-30>
- Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 662-671. <https://doi.org/10.1111/inm.12351>
- Soutien par les pairs | Commission de la santé mentale du Canada. (2018). Consulté 30 octobre 2019, à l'adresse Commission de la santé mentale du Canada website: <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/retablissement/soutien-par-les-pairs>
- St-Onge, M. (2018). Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. *Rhizome*, (65-66), 31-32.
- Sunderland, K., Mishkin, Mahajan, S., & Grenier, S. (2013). *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs - pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada.
- Swarbrick, M., Tunner, T. P., Miller, D. W., Werner, P., & Tiegreen, W. W. (2016). Promoting health and wellness through peer-delivered services: Three innovative state examples. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 204-210. <https://doi.org/10.1037/prj0000205>
- Thunus, S., Cerfontaine, G., & Schoernaers, F. (2012). Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique: de l'asile vers les réseaux et circuits de soins. *Revue d'Action Sociale et Médico-Sociale*, 72. Consulté à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:201002>

- Tse, S., Mak, W. W. S., Lo, I. W. K., Liu, L. L., Yuen, W. W. Y., Yau, S., ... Wong, S. (2017). A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry Research*, 255, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.007>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Vermorel, H., & Vermorel, M. (2012). De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens. *L'information psychiatrique*, 88(9), 759-770.
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 736-740. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- Villani, M., & Kovess-Masféty, V. (2018). Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale*, 44(5), 457-464. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.01.003>
- Walsh, P. E., McMillan, S. S., Stewart, V., & Wheeler, A. J. (2018). Understanding paid peer support in mental health. *Disability & Society*, 33(4), 579-597. <https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1441705>
- Wyngaerden, F., & Deleu, G. (2019). *WFSP 2282: Réinsertion et réhabilitation sociales*. Cours en vue de l'obtention d'un master en sciences de la santé publique à finalité spécialisée., Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'UMons

Annexe 2 : Guide d'entretien pour les professionnels traditionnels

Annexe 3 : Guide d'entretien pour les pairs-aidants

Annexe 1 – guide d’entretien de l’UMons

1. Définition de la pair-aidance selon eux ?
2. Origine de la pair-aidance ?
3. Origine du projet (formation) ?
4. Comment s’organise le cursus ?
 - Comment se passe l’inscription des étudiants ? Y a-t-il des critères d’entrée ?
 - Comment sont organisés les cours ?
 - Y a-t-il une évaluation ?
 - Un certificat en fin de formation ?
5. Comment se passent les stages ?
6. Où partent-ils en stage ? Quels types de services ?
7. Quels sont les retours des équipes et des étudiants par rapport à leur vécu en stage ?
 - En particuliers sur les blocages/les mythes/l’intégration dans les unités ?
 - Qu’ont mis en place les étudiants pour y faire face ?
 - Quels sont les retours des équipes sur les étudiants qu’ils ont eu en stage ?
8. La vision de la pair-aidance a-t-elle évolué dans les équipes après l’intégration d’un stagiaire pair-aidant ?
9. Avez-vous eu des retours des anciens étudiants sur l’impact de la formation sur leur vie professionnelle ?
10. Après la formation, les étudiants trouvent-ils facilement du travail en tant que pair-aidant ?
 - Si pas en tant que salarié, en tant que bénévoles ?
11. Après la formation, les étudiants reprennent-ils d’autres types d’études ?
12. Qu’en est-il de la Flandres ?
 - Y a-t-il une différence dans la formation ?
 - Les débouchés ?
13. Que pensez-vous du statut ou plutôt de l’absence de statut légal du pair-aidant ?

Pour la suite de notre mémoire, nous souhaitons mettre en place un focus groupe reprenant des pairs-aidants et des étudiants pair-aidants. Connaissez-vous des personnes qui seraient tentées d’y participer, que nous pourrions contacter ?

Annexe 2 – guide d’entretien des professionnels traditionnels

1. Définition de la pair-aidance ?
2. Origine du projet dans l’institution/service ?
3. Comment a été préparée la venue d’un(e) pair-aidant(e) dans l’institution ?
4. Quels étaient les à priori de l’équipe ? ## Avant l’arrivée.
5. Comment s’est passée l’arrivée de la/le pair-aidant(e) ?
 - Quelles ont été les difficultés ?
 - Quelles ont été les résistances de l’équipe ?
 - Quelles ont été les résistances de la/du pair-aidant(e) ?
6. Quels sont les avantages de la pair-aidance ?
7. Quels sont les inconvénients de la pair-aidance ?
8. Que pensez-vous de la formation « pair-aidance : santé mentale et précarité » dispensée par l’UMons ?
9. Que pensez-vous du statut ou plutôt de l’absence de statut du pair-aidant ?

Annexe 3 – guide d’entretien pour les pairs-aidants

1. Définition de la pair-aidance ?
2. Origine du projet personnel de devenir pair-aidant et de travailler comme tel ?
3. Comment vous êtes-vous préparé à l’intégration professionnelle ?
4. Avez-vous participé à un processus de préparation de l’équipe ?
5. Comment s’est passé votre arrivée dans l’institution ?
 - Quelles ont été vos difficultés ?
 - Quelles ont été les résistances de l’équipe à votre égard ?
 - Quelles ont été vos résistances par rapport à l’équipe ?
6. Quels sont les avantages de la pair-aidance ?
7. Quels sont les inconvénients de la pair-aidance ?
8. Que pensez-vous de la formation « pair-aidance : santé mentale et précarité » dispensé par l’UMons ? **## Préparation à l’intégration professionnelle ?**
9. Que pensez-vous du statut ou plutôt de l’absence de statut du pair-aidant ?
10. La littérature met en avant la professionnalisation du pair-aidant comme blocage à son intégration, qu’en pensez-vous ?

