

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

La pair-aidance dans les soins de santé mentale en Belgique et au Canada. Une lecture au prisme de l'approche par les capacités d'Amartya Sen.

Auteure : Naomi Ohura
Promoteur : Marc Zune
Année académique 2022-2023
Master 120 en sciences du travail

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier mon promoteur, Monsieur Marc Zune. Il s'est toujours montré à l'écoute et m'a soutenue quand j'ai émis le souhait de changer l'orientation de ce mémoire. Son calme et son enthousiasme m'ont permis de me faire confiance. Merci de m'avoir fait découvrir des courants de la sociologie et d'avoir entretenu ma curiosité.

Parce que ce master a aussi été l'occasion de faire de très belles rencontres, je souhaite exprimer mes plus chaleureux remerciements à Madame Yasmina Hosteaux – mon binôme dans cette aventure – et à Monsieur Thierry Dock qui a toujours cru en moi. Leurs paroles positives ont été un véritable moteur pour me permettre d'avancer, toujours plus loin, toujours plus forte.

Ensuite, j'adresse ma sincère reconnaissance à ma famille ainsi qu'à mes proches. Au risque d'oublier certains d'entre eux, je suis convaincue que chacun sait comment il a contribué à me porter jusqu'ici. Merci à vous.

Un immense merci aux personnes qui ont accepté de relire ce travail et de me donner un avis transparent, Madame Isabelle Meulders et Monsieur Jocelyn Deloyer.

Je profite de ce moment pour exprimer ma gratitude envers mes anciens collègues du Centre Neuro-Psychiatrique Saint-Martin. Que de découvertes, de rencontres et d'expériences. L'idée de traiter aujourd'hui de la pair-aidance trouve inconditionnellement son origine dans ces moments de partage.

Enfin, parce qu'elle est bien trop souvent oubliée mais que sans elle, rien ne serait possible, merci à la vie. Toi qui me bouscules, me portes et m'entraînes... Merci infiniment.

Naomi

Table des matières

Remerciements	II
Introduction	1
PARTIE I. Méthodologie.....	3
PARTIE II. Entre psychiatrie et santé mentale : une (re)mise en contexte à l'aune des réformes.....	6
En Belgique – la Réforme Psy107.....	7
Dans la province de Québec – le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PSAM)	11
De part et d'autre de l'Atlantique : visions et mises en œuvre asynchrones	15
PARTIE III. L'approche par les capacités (AC) d'Amartya Sen.....	17
Les capacités	17
Trois concepts au cœur de l'AC : liberté, égalité, justice.....	21
La démocratie, le débat et l'action publique.....	23
PARTIE IV. La contribution de l'approche par les capacités aux pratiques soignantes	27
L'approche par les capacités au travail	27
Le choix de la pensée senienne.....	31
Capacités, empowerment ou rétablissement ?	33
La pair-aidance en santé mentale : une brève introduction	38
Les capacités de l'ex-usager investies dans la pair-aidance.....	39
En résumé	40
PARTIE V. La pair-aidance ou la constitution d'un nouveau groupe professionnel.....	41
L'interactionnisme : cadre théorique, acteurs et échelles d'analyse.....	42
Les notions clefs de la sociologie des groupes professionnels et du courant interactionniste mobilisées dans la pair-aidance	46
L'intégration et la solidarité (E. Durkheim).....	46
L'exclusion et la communauté d'intérêts (M. Weber)	49

La licence et le mandat (E. Hughes)	52
L'identité professionnelle (C. Dubar)	54
PARTIE VI. De la formation des pairs-aidants à leur intégration dans les équipes soignantes	57
La pair-aidance en Belgique	57
Des objectifs nationaux en termes de pair-aidance ?	57
La formation.....	58
L'arrivée dans les équipes soignantes	59
Le travail du pair-aidant	60
La pair-aidance aujourd'hui et sa professionnalisation.....	61
La pair-aidance au Canada.....	62
Des objectifs nationaux en termes de pair-aidance ?	62
La formation.....	63
L'arrivée dans les équipes soignantes	64
Le travail du pair-aidant	67
La pair-aidance aujourd'hui et sa professionnalisation.....	69
Conclusion	71
Discussion, limites et perspectives.....	75
Bibliographie.....	77
Table des figures.....	82

Introduction

Il y a deux ans, en entamant ce cursus à l'UCLouvain, le Master en Sciences du Travail, mon souhait était d'apprendre, apprendre toujours plus. Au fil des semaines, des mois, ma curiosité a été régalarée, avec cette envie d'aller un peu plus loin, à chaque fois. Les différents cours de sociologie suivis durant mon parcours ont suscité un intérêt particulier qui s'est peu à peu transformé en véritable enthousiasme. Quand est venu le moment de la réflexion autour du mémoire, la thématique était encore incertaine. Ce qui était sûr, néanmoins, c'était l'intention de poursuivre la découverte de la sociologie et ses déclinaisons liées au monde du travail. La définition de la thématique, quant à elle, a été le fruit de constructions et déconstructions multiples. Un auteur avait tout de même rapidement attiré mon attention : Amartya Sen. Et c'est finalement avec naturel que j'ai exprimé l'envie d'étudier une partie de son œuvre, l'approche par les capacités et de la mettre en relation avec la pratique de pair-aidance. C'est ainsi que tout a démarré...

La **pair-aidance** dans les soins de santé mentale est le soutien offert par une personne, ayant vécu le trouble psychique, à une autre. Elle met son savoir expérientiel à contribution du rétablissement de la personne aidée.

L'**approche par les capacités** d'Amartya Sen pourrait se résumer aux choix opérés par l'individu afin de mener une vie bonne, digne de valeur.

Ces deux notions sont régulièrement mobilisées dans la littérature. Assez récemment et de plus en plus pour la première, depuis presque trente ans pour la seconde, mais toujours de façon indépendante. La volonté dominante de ce travail est de les réconcilier et de faire apparaître leur complémentarité.

Comme dit plus tôt, ce mémoire est bien inscrit dans une perspective liée aux Sciences du Travail. L'on pourrait croire, à la lecture de son titre, qu'il s'apparente davantage à des domaines tels que la santé publique ou les politiques sociales. Des connexions sont inévitables mais d'autant plus pertinentes. Dès lors, ce sont des concepts, issus de la sociologie pour la plupart, qui vont permettre d'enrichir ce travail avec cohérence. La pair-aidance comme pratique émancipatrice et comme profession émergente. Voilà comment elle est intimement liée à

l'approche par les capacités. En outre, nous verrons que l'idée de liberté, et toute la pensée d'Amartya Sen en général, ponctue ce propos. Parfois de manière apparente, parfois de façon plus subtile. L'analyse sera ensuite rehaussée par la contribution de la sociologie des groupes professionnels.

La présente analyse, en plus d'une riche revue de littérature, propose une comparaison entre deux pays. Mon choix s'est porté sur la Belgique et le Canada. Grâce à une précédente expérience professionnelle, au Centre Neuro-Psychiatrique Saint-Martin (CNP) situé à Namur, j'ai eu l'occasion d'entendre pour la première fois des termes comme « empowerment » ou « pair-aidance ». À l'initiative d'une petite équipe pluridisciplinaire, le CNP Saint-Martin est impliqué dans plusieurs projets européens. Ces projets portent sur divers sujets qui gravitent tous autour de la santé mentale. C'est à ce titre que j'ai pu identifier la grande valeur ajoutée d'un pays tel que le Canada, qui insuffle un vent d'innovation dans de nombreux domaines. Mais pour que l'étude soit réalisée dans des proportions faisables, réalisables et pertinentes, la couverture géographique a été rétrécie. C'est ainsi qu'en vis-à-vis de la Belgique, c'est la Province de Québec qui sera envisagée.

L'élaboration de ce travail a été une expérience à elle seule, ponctuée tour à tour par de l'étonnement et des découvertes. C'est ainsi que, dans un premier temps, la méthodologie utilisée est exposée. Ensuite, le contexte, socio-politique de la Belgique et du Canada – sur le plan de la santé mentale – est développé via une présentation de la Réforme Psy107 et du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. S'en suivent des parties plus théoriques afin de permettre au lecteur de s'imprégner de l'approche par les capacités, de la pair-aidance et de la professionnalisation. Ces cadres théoriques sont les clefs de lecture nécessaires à une application pratique dans les deux pays étudiés. Pour terminer, je tenterai de faire le bilan de cette recherche en termes de limites et de futures perspectives.

“Un homme est fait de choix et de circonstances. Personne n'a de pouvoir sur les circonstances, mais chacun en a sur ses choix.”

Eric-Emmanuel Schmitt- *La Part de l'autre* (2001)

PARTIE I. Méthodologie

La recherche menée dans le cadre de ce mémoire mobilise la méthodologie propre aux sciences sociales (la schématisation de la méthodologie choisie est présentée à la fin de cette partie) telle que développée par Van Campenhoudt et al. (2017). Pour ce faire, l'ensemble du travail sera, de manière riche et continue, nourri par les apports de la littérature. L'enjeu n'est pas de présenter ce qui a déjà pu être fait par d'autres chercheurs mais de démontrer en quoi et comment la pair-aidance, en Belgique et au Canada, et l'approche par les capacités peuvent s'imbriquer dans une perspective sociologique et comparative. C'est ainsi que la question de départ a pu être formulée comme suit :

En quoi la pratique de pair-aidance dans les soins de santé mentale, en Belgique et au Canada, est-elle une mise en œuvre de l'approche par les capacités (AC) d'Amartya Sen ?

La formulation de cette question de recherche est le fruit de longues réflexions et de nombreuses réadaptations. En effet, elle constituera « le premier fil conducteur de la recherche » (Van Campenhoudt & al., 2017, p. 56). Avant d'aller plus loin dans la construction du cadre méthodologique, il a fallu s'assurer que la question réponde à trois exigences à savoir : la clarté, la faisabilité et la pertinence. La mobilisation de deux notions clairement identifiées ainsi qu'une comparaison restreinte à la Belgique et au Canada répondent à la qualité de clarté. En termes de faisabilité, la présente recherche sera construite non pas via des données quantitatives basées, par exemple sur des enquêtes de terrain ou des entretiens semi-directifs, mais sur la littérature existante. Enfin la pertinence trouve sa confirmation dans une intention personnelle du chercheur « de fonder l'étude du changement sur celle de ce qui existe et avoir une intention de compréhension des phénomènes étudiés » (Van Campenhoudt, 2017, p. 56).

Après une phase exploratoire qui a surtout consisté en la lecture approfondie de nombreuses sources, diverses et variées, a été définie une problématique en lien avec la question de départ. La manière de concevoir la problématique est celle suggérée par Gosselin :

Une problématique est un processus, jamais unique ou standard, qui rend compte des lacunes dans l'état de nos connaissances sur un sujet donné, donc sans nécessairement présager de l'approche théorique à adopter pour combler ces lacunes. (1994, p. 122)

Selon que l'on décompose la question de recherche en s'intéressant à la pair-aidance et à l'AC, ou si on considère l'ensemble comme un domaine de recherche, les problématiques seront différentes. Pour ce travail, c'est bien pour le couple pair-aidant/approche par les capacités que nous dégageons une problématique. Au regard de la typologie des problématiques données par Gosselin (1994), c'est « le problème d'absence ou de rareté de connaissances sur un sujet donné » qui est apparent. Bien que celui-ci soit décrit par Gosselin comme étant « la meilleure façon de justifier une recherche » (1994, p. 126), c'est effectivement celui auquel cette recherche a été confrontée. La littérature qui combine à la fois la pair-aidance et l'approche par les capacités est extrêmement réduite alors que chaque notion, indépendamment l'une de l'autre, a déjà fait couler beaucoup d'encre au sein de la communauté scientifique et associative. De plus, de nombreuses comparaisons entre la France et le Canada ont été menées sur des sujets divers, très peu entre la Belgique et le Canada.

Pour expliquer le phénomène étudié – la pair-aidance dans le soin de santé mentale, en Belgique et au Canada, à l'aune de l'AC – plusieurs concepts vont être utilisés. Le terme concept est ici à comprendre dans le sens donné par Van Campenhoudt et al. qui le définissent comme étant « bien plus qu'une simple définition ou qu'une simple notion ; il implique une *conception* particulière de la réalité étudiée, une manière de la considérer et de l'interroger et donc de la “problématiser” » (2017, p. 129). Les concepts, ainsi que l'hypothèse selon laquelle pair-aidance et approche par les capacités, en Belgique et au Canada, sont intimement liées, sont nécessaires à l'élaboration du cadre d'analyse.

Dans un premier temps, ce sont les concepts inhérents à l'approche par les capacités qui seront mobilisés. Il s'agit de ceux d'égalité, de liberté et de justice. L'AC sera ensuite confrontée à celui de rétablissement. Enfin, dans une perspective sociologique, c'est le concept d'interaction qui retiendra notre attention. L'interaction qui, au sens strict est « une situation de face-à-face où les individus impliqués s'influencent dans un processus dynamique qui se transforme dans le temps. Chaque comportement de l'un induit un comportement de l'autre et ainsi de suite » (Van Campenhoudt & al., 2017, p. 131).

Afin de tester l'hypothèse, la conception de l'observation est une étape à franchir. Pour cela, il faut répondre aux questions suivantes, et y répondre :

- Observer quoi ? Des données pertinentes sont recueillies sur les terrains investigués au moyen de la littérature ;
- Observer qui ? « Il s'agit de circonscrire le champ des analyses empiriques dans l'espace géographique et social ainsi que dans le temps » (Van Campenhoudt, 2017, p. 261). L'étude s'oriente sur la Belgique et le Canada, plus précisément sur la Province de Québec dans le milieu de la santé mentale. Et pour la fixer dans le temps, la recherche démarre dans le contexte des réformes en santé mentale, lancées au milieu des années deux mille, dans les deux pays ;
- Observer comment ? Les instruments d'observation seront limités aux apports des différentes théories abordées, de même que les concepts et les enseignements tirés de la littérature.

Ensuite, au préalable des conclusions, différents tableaux seront dressés afin de permettre l'analyse des informations obtenues durant la phase d'observation. Les concepts mis en jeu seront des « comparateurs » qui permettront de comprendre les liens mais aussi les différences et les ressemblances entre les deux pays. Pour aboutir aux conclusions, c'est bien une analyse de contenu qui sera réalisée.

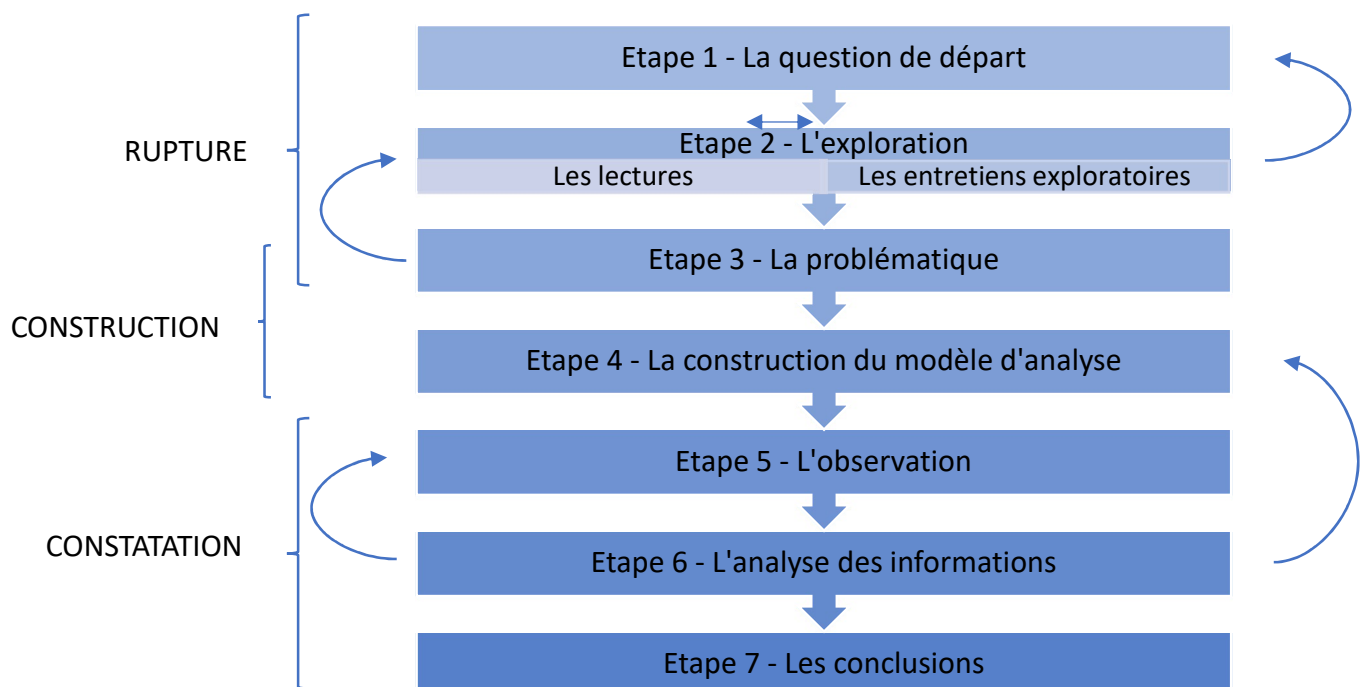


Figure 1. Les différentes phases de la recherche. (Van Campenhoudt & al., 2017, p. 29)

PARTIE II. Entre psychiatrie et santé mentale : une (re)mise en contexte à l'aune des réformes

Afin de bien cerner les enjeux et le discours développés ci-après, il est nécessaire de s'arrêter un bref instant sur l'environnement dans lequel évoluent, dans le cadre de cette étude, les éléments-clefs de l'approche par les capacités. Psychiatrie, santé mentale, usager ou encore rétablissement sont autant de termes appartenant au champ lexical d'un domaine méconnu pour beaucoup. La volonté n'est certainement pas d'alimenter le débat public et politique qui concerne d'importantes considérations sanitaires. Comprendre la mécanique et la logique empruntées permettra de saisir, de manière plus éclairée, le propos de ce travail.

Au début des années 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale :

Comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. (cité dans Durand, 2019, p. 8).

De cette définition ressort donc qu'une santé mentale optimale permettrait à l'individu de s'épanouir à la fois sur le plan intellectuel et émotionnel mais lui donnerait également les moyens de jouer son rôle de citoyen. Au sein de la cité, l'individu peut (ré)insérer sa vie sociale et professionnelle. En ce sens, la santé mentale participe « à la prospérité, à la solidarité et à la justice sociale » de la société (Durand, 2019, p. 8). Au-delà de la volonté de fournir une définition plus appropriée aux nouvelles réalités observées, l'enjeu de cette évolution de la terminologie psychiatrique est également d'éviter la discrimination et la stigmatisation.

Le terme de santé mentale a été officialisé pour la première fois en 2016, lors d'un conseil national de santé mentale en France. Initié par la ministre de la santé de l'époque, c'est bien un sociologue, Alain Ehrenberg, qui présidait la séance. Sa participation est légitimée par le fait que la santé « suit les évolutions anthropologiques de la société » (Roelandt, 2010). À cette occasion, le vocabulaire jusqu'alors utilisé est bousculé et il apparaît depuis que la psychiatrie fait désormais partie d'un ensemble couvert par la santé mentale. Bien que complémentaires, il peut y avoir amalgame entre la psychiatrie – qui appréhende le champ du soin individuel – et

la santé mentale qui envisage celui de la santé publique (Durand, 2019). En optant pour une utilisation plus répandue du terme de santé mentale, c'est bien une perspective de santé publique et même de politique qui est privilégiée.

Dans les années qui ont suivi, l'OMS n'a cessé de formuler des recommandations qui soutiennent une « santé mentale, en tant qu'élément de la santé publique, dans le débat politique et sociétal » (Roelandt, 2010, p. 778). Pour ce faire, les approches communautaires sont encouragées et peu à peu se dessinent les contours « d'un projet de société au centre duquel se situerait le mieux vivre ensemble » (Roelandt, 2010, p. 778).

Or, tous ces problèmes (la souffrance psychosociale à laquelle répond la psychiatrie) qui touchent au « vivre ensemble » sont des problèmes par excellence. Les politiques sociales menées ont des conséquences sur la santé et donc, sur la santé mentale. (Roelandt, 2010, p. 781).

C'est donc en tant que bénéficiaires de services mis en place par les politiques sociales que l'on parle davantage d'usager de soins de santé mentale que de patient.

En Belgique – la Réforme Psy107

« Rétablir par le réseau »

En quatre mots, voilà comment peut être résumée la réforme des soins de santé mentale, plus communément appelée « Psy107 », adoptée en Belgique en 2009. Cette réforme s'est inscrite dans un paysage institutionnel complexe, caractérisé par des contraintes budgétaires et des tensions palpables entre les trois régions du royaume (Bruxelles-Capitale, la Flandre et la Wallonie). Son appellation trouve son origine dans le fait que « la conférence interministérielle belge (CIM) Santé publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et les autres institutions de soins » (Jacob & al., 2016, p. 734). En substance, cet article dit que :

« Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes ».

Cette réforme, dont les lignes directrices seront développées ultérieurement, se veut porteuse d'un souffle d'espoir en termes d'approches thérapeutiques même si soumise aux considérations économiques. Selon Jacob, Macquet et Natalis (2016), ce « modèle mis en place a pour originalité d'associer, avec une vision globale, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté ». En effet, les indications contenues dans la réforme illustrent moins la préoccupation de *comment soigner* que celle de répondre à la question *comment s'organiser* (pour soigner) (Marquis & Susswein, 2020).

On l'a vu, l'Organisation Mondiale de la Santé a, par ses recommandations, insufflé au niveau international, l'importance d'accorder un regard neuf sur les problématiques de santé mentale. L'accent est alors mis sur la communauté et la volonté de faire sortir la santé mentale d'une structure traditionnelle, à savoir l'hospitalisation résidentielle. Les efforts encouragent les soins de santé mentale vers la société et la communauté en privilégiant le travail en réseaux (Jacob & al., 2016). À ce titre, cinq mouvements sont impulsés avec la volonté de les implémenter en Belgique :

1. La **désinstitutionalisation** qui consiste à limiter les traitements résidentiels au sein d'institutions de soins, tout en favorisant la mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation et visant à maintenir l'utilisateur en santé mentale au sein de la cité ;
2. L'**inclusion** qui peut être décrite comme la réadaptation et la réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social, etc. L'inclusion ne concerne donc pas que les secteurs de la santé mentale mais l'ensemble des professionnels qui interviennent ;
3. La **décatégorisation** qui est la mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes adultes, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice. L'ensemble des intervenants se concertent autour de l'utilisateur, limitant une prise en charge en silos ;
4. L'**intensification** qui consiste en une intensification des soins au sein des hôpitaux, correspondant à des durées d'hospitalisation réduites et des soins avec des programmes de soins intenses, permettant de limiter la mise à l'écart de l'utilisateur ;
5. La **consolidation** qui est une régularisation des différents projets pilotes participants, tant au niveau fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation

des soins de santé mentale. L'idée étant de pouvoir structurer l'offre de soins. (Guide, 2010)

Pour que ce modèle puisse se construire et être efficace, il est nécessaire de supposer la bonne réalisation de cinq fonctions. L'encadré ci-dessous les présente dans leur globalité mais seuls certains éléments choisis seront exploités dans le cadre de cette analyse.

Fonction 1 : prévention, promotion des soins et détection précoce, dépistage et établissement diagnostique.

Fonction 2 :

- a) Équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situation de crise ;
- b) Équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée.

Fonction 3 : équipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle.

Fonction 4 : unités intensives de traitement résidentiel, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

Fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Figure 2. Résumé des cinq fonctions de la réforme des soins de santé mentale (Jacob & al., 2016)

Ce propos n'ira, pour l'instant, pas plus loin dans l'évaluation de la mise en place de la Réforme Psy107. Ce qui peut cependant être mis en évidence, c'est la complexité d'une opérationnalisation en réseau. Car par réseau, il faut entendre :

Un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des usagers, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge. [...] Le réseau

se définit sur base de programmes individualisés, dont entre autres l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix de l'utilisateur. » (Jacob & al., 2016, p. 736).

Une des volontés de la réforme n'est donc pas seulement de proposer quelque chose *pour* l'utilisateur mais de le cocréer, de le développer *avec* l'utilisateur. Par l'inclusion des utilisateurs, la démarche se veut participative. Aux côtés des soignants et autres professionnels de terrain, les utilisateurs (et les proches) sont reconnus comme étant « partenaires dans la réflexion et l'action » pour promouvoir et assurer la pérennité de mesures innovantes en santé mentale. Le projet « Participation des utilisateurs et des proches » est légitimement inscrit dans la réforme.

Parallèlement à la participation de l'utilisateur, la philosophie qui sous-tend cette réforme est « le caractère malléable de la notion de rétablissement » (Marquis & Susswein, 2020). Cette notion est en lien direct avec la pair-aidance, abordée plus après. Selon Koenig et Ehrenberg (cités dans Marquis & Susswein, 2020), le rétablissement se traduit par :

La volonté de reconnaître aux patients un droit à la citoyenneté et à l'exercice du « choix de vie » (qui) semble en effet largement partagée et difficilement contestable, tant elle s'inscrit en conformité avec les idéaux d'une société de l'autonomie comme condition.

Pour résumer cette courte présentation de la Réforme des soins de santé mentale en Belgique, retenons les propos de Quintin (2016) :

Même si la version esquissée par la Réforme d'une organisation des soins fondée sur la logique du rétablissement se rapproche plus de la conception médicale (mettant l'accent sur la dimension du fonctionnement) que de la conception expérientielle (portant plus globalement sur le bien-être et la subjectivité de la personne) de celui-ci, il s'agit *in fine* de favoriser *via* la mise au centre du patient son autonomie, son insertion sociale et peut-être plus encore le fait de le constituer en partenaire du soin et en acteur d'un parcours qu'il ne subit pas – favoriser, en somme, l'*empowerment* et la « réappropriation de soi ».

Dans la province de Québec – le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PSAM)

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec publie son Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PSAM). Le ministre en fonction à l'époque, Philippe Couillard, introduit le Plan en présentant les personnes atteintes de problèmes de santé mentale comme étant « des citoyennes et des citoyens à part entière » (MSSS, 2015). Car c'est bien la volonté de permettre à tous de bénéficier du plein exercice de la citoyenneté. Sur la page de garde du PSAM, un sous-titre, « La force des liens ». Le cadre est posé.

Avant d'aller plus loin, notons qu'au Canada, une des difficultés que rencontrent les politiques réside dans les différences culturelles qui existent entre les provinces du pays. De fait de sa configuration hétérogène, les décisions qui sont prises le sont parfois à un niveau plus régional et local que national. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéresserons en particulier aux provinces francophones.

Pour comprendre dans quel contexte s'insère le Plan d'action en santé mentale, il est utile de mentionner que le Québec fait figure de pionnier dans une démarche d'amélioration des soins de santé mentale. En 1989, la Politique de santé mentale reconnaissait la primauté de la personne et à ce titre, encourageait les usagers (appelés personnes utilisatrices de service dans la littérature canadienne) et leurs familles à participer à la réflexion relative à la réorganisation des services. L'importance de ce travail participatif est reconnue au niveau national, régional et local. Cette participation, ainsi que l'appropriation d'un pouvoir qui leur est dû, s'inscrit dans une approche en réseau.

Sur base des constats précédents, les enjeux majeurs du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) sont :

- La priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité et au développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active à la vie en société.
- Les efforts importants qu'il faut investir pour contrer les tabous, les fausses croyances et la stigmatisation qui entourent encore la maladie mentale et contribuent à limiter le rétablissement des personnes atteintes.

- L'amélioration de l'accessibilité des services de santé mentale de première ligne, particulièrement pour les personnes qui présentent des troubles modérés et qui ont besoin d'être évaluées et traitées rapidement, tant sur le plan médical que psychosocial.
- L'utilisation optimale de toutes les ressources en place afin d'assurer un partenariat entre les fournisseurs de services et d'offrir aux personnes ayant un trouble mental un traitement de qualité qui réponde à la diversité de leurs besoins.
- La nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation.
- L'urgence de rendre accessible l'expertise et les services de santé mentale pour les jeunes à la grandeur du territoire, de soutenir les acteurs intersectoriels travaillant auprès des jeunes et d'assouplir les frontières entre les services offerts aux jeunes et ceux donnés aux adultes.
- La priorité qu'il faut accorder à la réduction des décès par suicide, ce qui suppose l'amélioration des services destinés aux personnes à potentiel suicidaire élevé dans tous les groupes d'âge, et spécialement, aux hommes.

Afin de faciliter la compréhension du sujet de cette étude dans sa globalité, dans le tableau ci-dessous sont cités et expliqués les principes directeurs du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005) :

Le pouvoir d'agir	Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 reconnaît la capacité des personnes souffrants d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps. La participation des utilisateurs et des proches aux exercices de planification des services de santé mentale découle de ce principe.
Le rétablissement	Le plan d'action affirme la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société.

L'accessibilité	Le plan d'action reconnaît l'importance d'offrir localement des services de santé mentale de première ligne de qualité et d'assurer un passage fluide vers des services spécialisés et surspécialisés lorsque cela est nécessaire.
La continuité	Le plan d'action met l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins des personnes en assouplissant les frontières qui balisent nos interventions et en assurant les liaisons nécessaires afin de réduire les ruptures dans la continuité des services.
Le partenariat	Le plan d'action soutient que le partenariat et la collaboration entre les fournisseurs de services avec les ressources de la communauté sont nécessaires et qu'ils représentent des gages de qualité.
L'efficience	Le plan d'action vise une organisation des ressources disponibles de nature à entraîner un rendement optimal.

Figure 3. Les principes directeurs du Plan d'action en santé mentale (MSSS, 2005)

On le voit, au centre des préoccupations du PASM, le rétablissement tient une place importante. Lui est d'ailleurs conférée une définition qui le caractérise comme :

[...] la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et leur maladie (plutôt que de laisser la maladie contrôler leur vie). [...] Le rétablissement nous invite à soutenir les personnes atteintes d'un trouble mental en les aidants à réintégrer leur rôle en société, malgré l'existence chez elles de symptômes ou de handicaps, car c'est généralement par l'interaction sociale qu'une personne apprend que ses efforts lui donnent du pouvoir sur son environnement. (MSSS, 2005, p. 15).

L'idée présente dans cette définition, et dans le Plan en général, est que le rétablissement n'est pas le seul fait d'une amélioration médicale, symptomatique ou somatique. Un utilisateur de services (pour reprendre l'expression canadienne), est inscrit dans un processus de rétablissement. Celui-ci nécessite donc que les autres composantes de la vie en société soient prises en compte. Il s'agit notamment du travail, de l'éducation ou d'autres domaines porteurs de sens pour la personne concernée.

Ce trajet initié par l'utilisateur, est mené par lui-même, avec l'aide de ses proches et du partenariat construit avec les services de soins. C'est à la suite d'une recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé, formulée en 2001, qu'il est prévu que « les personnes utilisatrices de services et les familles prennent part à l'élaboration des politiques, des programmes et des services afin que ceux-ci soient mieux adaptés à leurs besoins et mieux utilisés. »

Au Canada, on peut remonter au début des années 60 pour trouver les prémises de ce type de projet participatif. À Montréal, cela était appelé « l'idéologie de la participation » (Pelletier & al., 2014).

En 2010, après cinq années de mise en œuvre de ce Plan d'action, plusieurs personnes ont tenté d'évaluer ces mesures. Les résultats sont là et le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 favorise ce qui avait déjà été initié. En outre, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux reconnaît qu'en plus d'un intérêt grandissant pour la santé mentale et d'une enveloppe budgétaire élargie, il est nécessaire qu'il y ait :

Des investissements plus appréciables en matière de ressources, de mobilisation et d'encadrement, d'outillage et de transfert de connaissances (intégration en gestion, pratique et recherche) qui doivent épauler l'implantation des réformes pour une amélioration accrue de la performance du système de santé mentale. (Fleury & Delorme, 2014, p. 16)

En plus d'une consolidation des objectifs antérieurs, le nouveau PSAM se concentre notamment sur les activités de réadaptation. Alors que la version précédente insistait sur « la force des liens », ce nouveau plan d'action soutient le « faire ensemble et autrement ». Le ton est donné avec la première orientation présentée : « Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté ». Pour des raisons méthodologiques, ce Plan d'action en santé mentale 2015-2020 ne sera pas détaillé ici et la comparaison se basera essentiellement sur le PSAM 2005-2010.

De part et d'autre de l'Atlantique : visions et mises en œuvre asynchrones

Dans une perspective comparative, il apparaît qu'au-delà de variétés sociales, politiques et économiques, l'emphasis mise sur la santé mentale l'est différemment en Belgique et au Canada. L'analyse des deux volontés politiques présentées (la Réforme Psy107 en Belgique et le PSAM 2005-2010 au Canada) permet de rendre compte de préoccupations nationales distinctes, relatives à la santé mentale.

En Belgique, la Réforme Psy107 est inédite. Auparavant, de timides considérations avaient été émises dans le cadre de politiques publiques. La réforme présentée en 2009 marque un tournant considérable dans le secteur des soins de santé mentale. Le texte attribue un rôle à chaque acteur en présence et l'utilisateur, auparavant patient passif de son trajet de soin, en est un à part entière. Pour assurer l'opérationnalisation des intentions formulées dans la Réforme des soins de santé mentale, le mot d'ordre est celui d'un travail en réseau. Seront donc investis non seulement les professionnels mais également les structures de soins, le domaine scientifique, les usagers et les familles. La réforme se veut avant tout inscrite dans une démarche collaborative. Cependant, du fait de son caractère tout à fait novateur, la réforme a et aura encore besoin de temps pour se réaliser dans le long terme. Additionnée à des préoccupations financières et politiques (en raison du paysage politique belge et du transfert de certaines compétences à un niveau régional), c'est bien une nouvelle culture de travail qui doit s'intégrer et peu à peu trouver sa place.

Le Plan d'action en santé mentale est sorti près de cinq ans avant la Réforme Psy107. Aux origines de son élaboration était le souhait de poursuivre un travail déjà entrepris durant la décennie précédente. Le Québec, au sein même du Canada, est apparu comme précurseur dans sa manière d'entrevoir la santé mentale et la place centrale à octroyer aux usagers et aux familles. C'est d'ailleurs en ce sens qu'avait été éditée la Politique de santé mentale en 1989. Malgré un intérêt accru pour la santé mentale et la mise en place d'actions diverses, le Québec fait face à un triste constat : la province détient le record du plus haut taux de suicide du Canada (MSSS, 2005, p. 8). En réponse à cette observation, le Québec a souhaité insister, via le PASM, sur l'importance du renforcement des services de première ligne. Plus largement, le Plan d'action en santé mentale appelle à une mobilisation générale de tous les partenaires. Assez rapidement, la communauté scientifique s'est intéressée à la faisabilité des objectifs visés par le plan et a évalué ce projet d'envergure. À aucun moment, le plan n'a été remis en question et sa continuité est assurée par le PSAM 2015-2020.

Que ce soit en Belgique ou au Canada, insuffler une nouvelle philosophie en termes de santé mentale se fait dans un contexte parfois compliqué qui mêle des considérations à la fois d'ordre politique, économique, scientifique et social. Dans les deux cas, les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ont inspiré les pays à s'interroger sur la manière de garantir une offre de soins en santé mentale qui soit de qualité, accessible et au centre de laquelle se retrouve l'utilisateur. À plusieurs années d'intervalle, il est intéressant d'observer que la Canada a très certainement inspiré la Belgique. De manière anecdotique, il est évident que même la terminologie empruntée par le Plan québécois est réappropriée dans la réforme belge. Entre autres, cela souligne une cohérence qui se retrouve dans l'une et l'autre politique. La pierre angulaire de cette approche inédite est très certainement le travail en réseau que l'on retrouve dans les deux pays. À ce modèle de collaboration est toujours associé l'utilisateur dont la participation, le rétablissement et la citoyenneté sont toujours les objectifs primordiaux.

Il est alors légitime de se demander pourquoi la province du Québec a été plus encline à s'intéresser, dès la fin des années quatre-vingt, aux questions liées à la santé mentale. L'hypothèse la plus probable est la proximité avec la tradition américaine, à l'initiative des premiers groupes d'entraide mutuelle.

PARTIE III. L'approche par les capacités (AC) d'Amartya Sen

Les apports d'Amartya Sen, économiste et philosophe indien, font consensus parmi les « experts » qui traitent des grandes questions contemporaines (« experts » dont il se défend pourtant de faire partie). Dans les années nonante, Sen développe, dans la continuité de son travail sur la théorie de la justice, ce qu'il appelle l'approche par les capacités (« *capability approach* »). Née de ses préoccupations autour de la pauvreté et de la faim dans le monde, la théorie des capacités trouve aujourd'hui des résonances multidisciplinaires (les dimensions économiques bien sûr, mais également les matières sociologiques, juridiques et politiques, pour n'en citer que quelques-unes). En 1998, Amartya Sen est reconnu par ses pairs en recevant le Prix Nobel d'Économie pour sa contribution à l'économie du bien-être.

Pour bien comprendre la pensée de Sen, il est primordial de s'arrêter un instant sur le vocabulaire employé au travers de ses différentes démonstrations. Une des rares critiques du travail réalisé par Sen évoque d'ailleurs des « notions obscures » qui nécessitent de « faire un solide effort pour décrypter sa pensée » (Bénicourt, 2004).

Les capacités

Chez Sen (1999), la capacité renvoie à « l'ensemble des choix possibles, réellement accessibles à un individu donné, indépendamment de l'usage qu'il en fait ». Le but du modèle normatif des capacités proposé est donc « de donner aux citoyens les moyens de choisir au nom de quoi ils souhaitent mener une vie bonne – et de s'en donner les moyens effectifs » (de Nanteuil, 2016).

À la base de l'AC (abréviation donnée à l'approche par les capacités), se trouvent ce que Sen appelle les *entitlements* ou « droits d'accès » qui sont « l'ensemble des biens et marchandises auxquels une personne a effectivement accès » (Bonvin et Farvaque, 2008, p. 44). L'*entitlement approach* est une critique non dissimulée de l'utilitarisme et du ressourcisme, qui s'éloigne de la mesure d'utilité en envisageant d'autres étalons, plus objectifs, tel que l'accès à certaines ressources.

L'approche par les capacités doit être envisagée en tant que « liberté réelle de choix ». Fonctionnements et capacités sont les bases distinctes de ce paradigme. Dans son ouvrage, « Repenser l'inégalité », Amartya Sen résume les fonctionnements comme étant « ce que nous faisons en sorte de réaliser effectivement ». Cette paraphrase laconique est à assimiler, dans la suite du développement, aux termes réalisations ou accomplissement (Bonvin & Farvaque, 2004, p.47). Et c'est cet ensemble de « cours de vie particuliers » qu'une personne peut atteindre qui constitue la capacité.

À nouveau, Sen propose et fait donc sienne la terminologie particulière de son discours. Aux *capaciliites*, et *de facto*, à la liberté réelle, est associée la possibilité réelle et intrinsèque de chaque individu. Car c'est bien dans une perspective d'abord individuelle que l'être humain est dans la capacité ou pas, de faire ce qu'il estime être de valeur.

Le lien qui unit les possibilités réelles, les *entitlements* et les fonctionnements, est celui de la conversion – ou comment des « facteurs de conversion » permettent, avec plus ou moins de difficultés la conversion des biens et ressources de la personne en opportunités de choix et en réalisations de valeur (Bonvin & Farvaque, 2004, p.48). Dans une perspective plus orientée sur les politiques sociales, il est accepté de parler des « différentes occasions dont disposent les personnes pour atteindre, selon leur choix, différentes qualités de bien-être » (Guibet Lafaye & Picavet, 2010). Traditionnellement, trois catégories de facteurs de conversion, indépendants de la responsabilité individuelle, sont envisagés : les facteurs personnels, les facteurs sociaux et les facteurs environnementaux. Cette typologie est également reprise par Robeyns (2000). Selon elle, les facteurs personnels ou individuels sont de l'ordre des dispositions, des savoirs et savoir-faire propres à chacun ; les facteurs sociaux correspondent au contexte sociopolitique et culturel ainsi qu'aux normes sociales, historiquement acceptées ; enfin, les facteurs environnementaux (peu traités par Sen) relèveraient plutôt, à l'échelle d'une entreprise par exemple, des infrastructures.

Les facteurs de conversion, pour qu'ils puissent favoriser la production de liberté réelle et de valeur, doivent faire partie intégrante de ce que Falzon (cité dans Paquette, 2020) nomme les *environnements capacitants*. En ce sens, c'est dans un visée préventive que se développent les environnement capacitants, de nature sociale et physique. En effet, ces contextes, teintés d'une volonté émancipatrice, anticipent « la survenue de situations délétères pour la santé qui accentuent l'apparition ou l'aggravation des déficiences et des incapacités des citoyens »

(Paquette, 2020). C'est ainsi que la notion d'environnements capacitants trouve légitimement sa place dans l'approche par les capacités. Elle a été conçue par Pierre Falzon, ergonomiste et Professeur émérite au Conservatoire national des arts et métiers en France. D'après lui, l'environnement capacitant est défini par trois niveaux d'exigence :

Le fait qu'il doit être non délétère pour l'individu ; qu'il doit prendre en compte les différences individuelles en favorisant l'intégration et l'inclusion ; et enfin qu'il doit permettre l'émergence de nouvelles compétences ou savoirs ainsi que l'élargissement des possibilités d'action et du degré de contrôle du citoyen sur sa vie ou encore sur une tâche en particulier. (Paquette, 2020)

Aux côtés de la visée préventive, les environnements capacitants renvoient également à une perspective universelle et développementale (Falzon, cité dans Paquette, 2020). Ce dernier point de vue – la démarche développementale - est intéressant dans l'étude de l'AC puisqu'il considère « la mise en action de l'individu, qui doit pouvoir se projeter vers le progrès, l'efficacité et la réussite (i.e. augmentation du degré d'autonomie, développement de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences) » (Paquette, 2020).

Bien que Sen – et en cela, une critique pourrait être formulée – ne fournit ni de liste exhaustive ni de hiérarchisation des capacités, il opère une distinction entre les « capacités de base » et les capacités dites « complexes ». Les premières renvoient aux besoins vitaux, primaires, nécessaires en situation de survie et d'urgence (manger, dormir, se loger, etc.). Les capacités « complexes » ne sont pas vitales au sens biologique mais sont capitales (dans le sens de la décision, pas de l'économie) pour l'intégration sociale de l'individu. Sont donc reprises sous cette typologie : la participation à la vie démocratique, à la vie en communauté, être digne ou respectable à ses propres yeux, etc. (Bonvin & Farvaque, 2004, p. 57). Mais en quoi sont-elles donc complexes ? Ces capacités ont de complexes que leur réalisation et donc, leur satisfaction dépendent des exigences de l'environnement social et culturel. Elles se distinguent des capacités de base par l'opportunité d'un choix effectif qu'elles laissent aux personnes (Bonvin & Farvaque, 2004, p. 58). Martha Nussbaum, philosophe américaine et référente de l'AC, propose quant à elle une classification des capacités. Selon elle, ces dernières seraient de trois types. Elle distingue les capacités de base (ou innées), les capacités internes (les

capacités, l'intelligence, la santé, etc.) « qui peuvent se développer en contact avec l'environnement, et dont l'expression est favorisée et protégée par la société ainsi que par les capacités centrales (ou combinées) » (Paquette, 2020, p. 4). Ce dernier type de capacités est encouragé par les conditions environnementales d'ordre social, économique et politique qui contribuent à une opérationnalisation efficace et conduisent donc au libre choix. Dix capacités centrales sont retenues par Nussbaum. Le tableau suivant les énumère :

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. La vie2. La santé du corps (pouvoir être en bonne santé, être nourri, avoir un abri)3. L'intégrité du corps (être capable de se déplacer, d'être protégé, etc.)4. Le sens, l'imagination et la pensée (être capable d'utiliser ses sens, d'imaginer, de créer, etc.)5. Les émotions (être capable d'attachement, d'amour, etc.)6. La raison pratique (être capable de former une conception du bien, de prendre part à une réflexion critique, la liberté de conscience et de culte)7. L'affiliation8. Les autres espèces (être capable de protéger les animaux)9. Le jeu (être capable de rire, jouer, pratiquer des loisirs)10. Le contrôle de son environnement politique, matériel. |
|---|

Figure 4. Les dix capacités centrales selon Martha Nussbaum (Paquette, 2020)

Selon, Martha Nussbaum (citée dans Brugère, 2013), ces dix capacités permettent de dessiner les contours de possibilités exercées ou non, selon la volonté des individus. Ils peuvent alors décider « de se construire eux-mêmes, d'investir leurs désirs de manière pluraliste » (Brugère, 2013). L'expression de ces capacités, ou du moins leur promotion, est de la responsabilité de la société. En les considérant comme un objectif à part entière, Nussbaum ancre « leur caractère politiquement normatif » (citée dans Brugère, 2013, p. 7). Pour reprendre les mots de la philosophe américaine :

Les dix capacités sont donc des objectifs, qui réalisent ou expriment les droits prépolitiques des individus : on dira donc des individus qu'ils ont droit aux dix capacités de la liste. (Nussbaum, citée dans Brugère, 2013, p. 7).

Le schéma ci-dessous permet de résumer et d'illustrer le processus à travers lequel l'individu, sur base de ses ressources propres, aboutit à son accomplissement personnel.

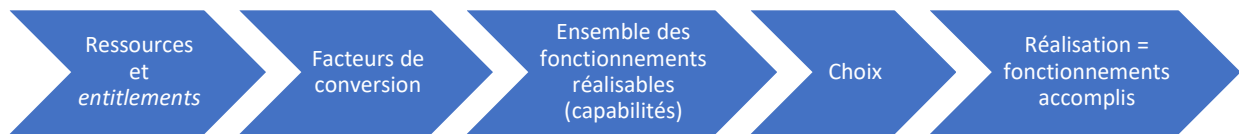


Figure 5. Etapes, notions et processus des capacités (Bonvin & Farvaque, 2004)

Trois concepts au cœur de l'AC : liberté, égalité, justice

Pour comprendre la thèse de Sen, il importe d'en saisir une des composantes essentielles : la liberté. La liberté, à entendre comme étant la liberté de faire des choix, est acceptée dans ses définitions à la fois positive et négative. L'approche par les capacités, ou la capacité des personnes à faire effectivement les choix qu'elles estiment nécessaires pour mener une vie bonne, se rattache à la dimension positive de la liberté. La caractérisation négative de la notion représente « le risque de déboucher sur l'accroissement des inégalités en termes de capacités » (Bonvin & Farvaque, 2004, p.60). Il ne faut cependant pas perdre de vue que les deux versants de la liberté, telle que vue par Sen, sont interconnectés. Enfin, la liberté positive permet une lecture, au conditionnel, des capacités. Cela pourrait se traduire par ce que la personne choisirait et les résultats de ce choix en termes de capacités.

Dans le décours d'un élargissement des capacités, Sen introduit une éthique du développement qui relève de la responsabilité des politiques publiques notamment. Celles-ci sont de l'huile, nécessaire pour faire fonctionner les rouages d'une liberté. Ces « moyens » du développement (Bonvin & Farvaque, 2004, p.66) sont synonymes de ce que l'économiste appelle les « libertés instrumentales ». Sont entendues comme libertés instrumentales les libertés politiques, les facilités économiques, les opportunités sociales, les garanties de transparence et enfin, la sécurité sociale. Alors que ce type de libertés est la finalité du développement, il coexiste la liberté substantielle qui s'attache plutôt à l'image d'une personne épanouie, en mesure de poser ses propres choix.

Afin de mener à bien le processus de développement dans son ensemble, il faut se défaire des contraintes qui empêchent les libertés de s'exprimer (Bonvin & Farvaque, 2004, p.68). Atteindre l'expression de sa propre liberté ne peut se faire qu'en réduisant les inégalités (qui pourraient aussi être appelées *incapacités*). Pour reprendre le discours de Sen et Nussbaum,

« ces inégalités ne sont pas uniquement relatives à un avoir matériel, mais se posent avant tout dans l'état de santé physique ou mentale de l'individu et dans la diversité des situations individuelles ». De plus, pour les institutions et les politiques :

Il ne s'agit pas de prendre en charge les incapacités, mais de promouvoir les capacités.

C'est dans cela que réside le potentiel d'action de l'environnement capacitant, soit celui des intervenants terrain, des infrastructures, etc. qui se place en amont, celui des politiques. (Picard et al, cité dans Paquette, 2020, p. 9).

Sous l'angle du travail, du bien-être et de l'épanouissement individuel, quelle est l'application idéale de l'approche par les capacités ? Quel est son but ?

Cette question soulève un paradoxe. En effet, l'approche de Sen prône la liberté réelle de faire des choix, une liberté profondément individuelle alors que les politiques publiques, dans un souci démocratique, privilégient l'intérêt collectif. Selon Sen, il n'y a pourtant aucun doute quant au rôle que doivent jouer les politiques publiques : étendre les capacités de la personne (2004, p. 51). Une société, dans son processus de développement, doit avoir la liberté comme finalité essentielle. Matthieu de Nanteuil va un cran plus loin en avançant que le travail est le lieu où le développement des capacités est un enjeu de premier plan (2016). Il ajoute également :

De fait, s'il est bien un univers d'expérience qui rend impossible de s'en tenir à une lecture individualiste des rapports sociaux, c'est le travail. Un travail strictement solitaire n'a aucun sens, que ce soit du point de vue de sa rétribution, de son mode d'exercice ou de sa place dans un ensemble de contribution. Certes, Amartya Sen s'intéresse aux déterminants institutionnels permettant de développer les capacités des individus, mais il ne voit pas que ce développement pourrait s'accompagner de celui de capacités collectives. En d'autres termes, il envisage le développement des capacités individuelles sans voir que celles-ci, non seulement pourraient avoir besoin de dynamiques collectives, mais ne valent que parce qu'elles correspondent à des

dynamiques collectives. Or ces dernières ont leur logique propre, bien différente de la seule addition des capacités individuelles. (de Nanteuil, M., 2016, p. 252)

Le danger de l'irrationalité des préférences individuelles, selon Bonvin et Farvaque (2004) serait de s'orienter dans la direction d'une vision paternaliste du choix collectif. Il s'agit alors bien de replacer la démocratie au service des capacités. Les rationalités, collectives d'une part, et individuelles d'autre part, ne doivent pas s'entrechoquer mais plutôt, coïncider. La liberté, quelle qu'elle soit, n'est jamais contraignante, elle est un ensemble d'opportunité et ce faisant, a de la valeur. Sen avance deux raisons distinctes à cette affirmation :

Premièrement, plus de liberté nous donne plus d'opportunité d'obtenir ce que nous valorisons – et avons des raisons de valoriser. Deuxièmement, le processus par lequel les choses arrivent peut-être également important pour évaluer la liberté. (Sen, A., 2005)

La démocratie, le débat et l'action publique

Pour Sen, la démocratie est la scène sur laquelle peuvent se tenir les débats publics, ou l'art de la confrontation publique des arguments (Bonvin & Farvaque, 2004, p.78). C'est ce principe qui est également au cœur de l'éthique de la discussion proposée par Matthieu de Nanteuil (2016) comme étant l'un des cadres normatifs de la justice au travail. De ce fait, la démocratie revêt alors une valeur qui se décline en trois desseins (Bonvin & Farvaque, 2004, p.78). La valeur universelle de la démocratie est liée à « son importance dans la vie des hommes, son rôle instrumental qui permet de générer des incitations politiques, et sa fonction constructive dans la formation des valeurs » (Bonvin & Farvaque, 2004, p.79). En plus de son rôle de « bâtisseur » dans la formation des valeurs, la démocratie est impliquée « dans la compréhension de la force des revendications, des besoins, des droits et des libertés, ainsi que de leur faisabilité ».

Alors qu'aucune liste des capabilités n'est présentée par Sen, il place tout de même la possibilité de participer au débat public comme étant une capacité fondamentale (Bonvin & Farvaque, 2004, p.79). La valeur intrinsèque de la démocratie est son objectif d'aboutir, in fine, à « l'amélioration de la qualité de vie des êtres humains » (Bonvin & Farvaque, 2004, p.79). Ensuite, l'expression des opinions et leur prise en compte dans le débat public composent la

valeur instrumentale attribuée à la démocratie. Cela renvoie à l'une des originalités de l'approche : les politiques publiques ont la responsabilité d'étendre le champs des capacités individuelles et elles possèdent aussi des capacités. Les institutions, selon Sen, ont « la capacité de prendre en compte le point de vue des personnes concernées » Bonvin & Farvaque, 2004, p. 82). En plus d'un élargissement dans la liberté des individus à faire des choix, les institutions participent :

Au déploiement de la démocratie réelle telles que la liberté et l'indépendance de la presse, la diffusion de la scolarisation et de l'éducation (pour les femmes en particulier), la promotion de l'indépendance économique (par l'emploi, notamment pour les femmes) et d'autres avancées économiques et sociales qui contribuent à la participation des individus. (Bonvin & Farvaque, 2004, p. 83)

Au-delà des domaines institutionnels tels que l'école, le travail ou la citoyenneté, ce sont toutes les composantes de la vie quotidienne des individus qui doivent pouvoir s'exprimer selon un *mode d'être* essentiellement libre (Paquette, 2020, p. 9). En situation d'incapacité, l'évaluation de la situation individuelle (habitat, transport, loisirs, bien-être, etc.) doit être opérée en fonction de ce que la personne souhaite pour elle-même. Cette considération doit rester au centre des préoccupations de l'accompagnement des différents acteurs.

La troisième valeur de la démocratie, la valeur constructive, est centrale dans le sens de la prise de décision politique. Chez Sen, les constructions sociales, quelles qu'elles soient, doivent envisager la personne comme réel acteur de ce processus. Mais plus encore, la qualité constructive permet de décrire la réalité sociale et de l'évaluer. Ces mécanismes de description et d'évaluation sont l'occasion de remettre en question des normes et traditions historiques. Ce faisant, il ne faut pas nier l'importance du contexte culturel qui entoure les individus qui tentent de mener la vie qu'ils estiment valorisée par les choix opérés.

Au centre du propos de Sen : l'individu, la personne, l'être humain. Chacun, quel qu'il soit, a la liberté de choisir par lui-même et pour lui-même. À aucun moment, poser des choix pour se réaliser dans une vie bonne ne transparaît comme étant un égoïsme démesuré. Individualisme il y a, certes. Mais la personne est à considérer comme une unité plurielle. En effet, elle est

riche et complexe du fait de son appartenances à divers groupes sociaux. Il est crucial de ne jamais omettre ce qui constitue l'homme, l'humain : sa qualité d'être social. Ce serait une erreur de faire correspondre l'individu à une seule culture, à une unique identité, à une unique appartenance. La richesse de cette pluralité permet à la personne de reconsidérer son environnement culturel. Et le débat public, l'enjeu central de la démocratie, est le lieu privilégié pour voir apparaître de nouvelles « valeurs communes et engagements » (Sen, 2000). La solution face au dilemme que pose l'éthique de la discussion est alors, selon Matthieu de Nanteuil, le compromis (2016). La participation du citoyen dans l'espace public est primordiale car elle contribue, sans doute possible, au développement des capacités. L'idée est de ne pas enfermer l'individu dans un modèle normatif et culturel dans lequel il n'aurait que peu de marge de manœuvre au sens de sa contribution au débat public, à l'échange d'arguments et à l'élaboration de compromis.

Parallèlement à la participation, la responsabilité de l'action tient aussi dans le fait de permettre à la personne d'acquérir de l'autonomie et d'en jouir. Ce que Sen appelle « des droits à la capacité » qui ne doivent dès lors plus être conçus à travers le prisme juridique à savoir, comme des règles contraignantes (Bonvin & Farvaque, 2004, p. 107). Dans le jargon propre à Sen, dans son approche par les capacités, la notion d'autonomie est assimilée à celle d'*agency* ou la qualité d'agent des citoyens. Et voici ce que Sen résume au sujet de la responsabilité (celle de l'État et celle des individus) :

Dans l'approche par les capacités, les individus ne sont pas « appréhendés comme des 'patients' auxquels seront administrés des bienfaits, grâce au processus de développement. Les adultes responsables doivent prendre en charge leur propre bien-être, il leur revient de décider à quelles fins ils souhaitent utiliser leurs capacités. Mais les capacités dont jouit en pratique un individu (et non celles qu'il peut envisager de mettre en œuvre théoriquement) dépendent de la réalité sociale et de la façon dont elle permet l'expression des libertés. De ce point de vue, l'État et la société ont des responsabilités à assumer ». (Sen, 2000).

Dans la conception d'Amartya Sen, la liberté d'action de la personne conduit l'État social à réfléchir, à agir et à intervenir différemment. Ce changement d'attitude ajuste l'angle de vue de l'État pour l'élaboration d'un système de sécurité sociale qui serait plus individuel. Pour illustrer cela, Bonvin et Farvaque (2004) citent l'exemple des politiques de *care* « qui vont dans le sens d'un élargissement de la capacité d'action et de la qualité de vie des personnes autant qu'elles contribuent à promouvoir de nouvelles formes d'égalité ». Martha Nussbaum reprend cette idée du « prendre soin » dans son travail sur la vulnérabilité. Pour que les individus puissent exprimer leur liberté, leur capabilité, la justice doit inclure cette référence. D'après elle, la société doit agir en opposition au libéralisme politique car :

De telles théories ne laissent aucune place à ceux qui, pour de longues périodes de leur vie, ou même durant toute leur vie, sont sensiblement inégaux dans leur contribution à la productivité ou engagés dans des vies asymétriques à cause de leur condition de dépendance¹. (citée dans Brugère, 2013, p. 9)

Pour comprendre le lien qui unit l'Etat, l'individu et sa liberté de faire des choix, les théoriciens de la capabilité préconisent de ne pas se limiter à un argumentaire logique ou factuel. Il est également crucial de réfléchir la relation entre l'individu et les autres, et leur place respective. Le lieu privilégié de toutes ces interconnections peut être différent selon le prisme à travers lequel il est étudié. Pour ce travail d'analyse, seront à la fois envisagés l'individu, le travail dans les soins de santé mentale et le pair-aidant comme nouveau professionnel. Comment l'un se mêle à l'autre, comment la pair-aidance peut-elle jouer un rôle et bousculer les fondations institutionnelles ? Des traditions culturelles, sociales et politiques différentes sont-elles observées ? Répondre à ces questionnements sous l'angle de l'approche par les capabilités, tel est l'enjeu du présent propos.

Notons également qu'étudier l'approche par les capabilités et ses apports dans les soins de santé mentale nécessite d'imbriquer à la fois le point de vue d'Amartya Sen, bien sûr, mais également, en léger filigrane, celui de Martha Nussbaum qui approche « la notion de justice non pas par le biais de l'égalité mais avant tout par celui de liberté » (Doucet & Duplantie, 2017).

¹ Le terme « dépendance » fait ici référence au fait de ne pas être complètement autonome vis-à-vis du libéralisme politique. Il faut le comprendre au sens de la définition d'une condition humaine à un moment ou un autre de la vie.

PARTIE IV. La contribution de l'approche par les capacités aux pratiques soignantes

Après avoir exposé, d'une part, les intentions belges et québécoises dans l'amélioration de l'offre de soins de santé mentale et d'autre part, l'approche par les capacités (AC) d'Amartya Sen, est venu le temps de réconcilier ces deux points. Avant de se concentrer sur l'approche par les capacités dans les soins de santé, son application au milieu du travail est présentée.

L'approche par les capacités au travail

La liberté de faire des choix. Telle est l'idée récurrente de la pensée senienne. Parmi les choix que l'individu peut opérer est celui de participer aux marchés dont celui du travail. Pour reprendre les mots de Claude Didry (2011) : « Cette liberté est liée à une conception du travail comme manifestation de la capacité des individus à s'engager dans une activité collective ».

Amartya Sen a construit sa philosophie dans la perspective du développement. Or, il est généralement accepté que le travail est une activité importante dont un des rôles est d'être le lieu d'interactions entre l'individu et l'institution. De plus, la littérature tend à confirmer que le travail permet le développement des capacités des individus (Bryson & Merritt, 2007). Pour défendre cette position selon laquelle le travail joue un rôle prépondérant dans le développement de la personne, nous nous référons à la liste des dix capacités de base établie par Martha Nussbaum. Parmi elles, celles de vivre la vie choisie et d'avoir le contrôle sur son environnement. Selon Bryson et Merritt (2007, p. 42), « cette dernière inclut le droit à un emploi selon le principe d'égalité et le droit de travailler dans la dignité ».

L'individu qui travaille a donc pris la décision de s'inscrire dans une activité qui joue un rôle significatif dans sa capacité à mener la vie qu'il a choisie et elle contribue à l'amélioration de son bien-être. De manière générale, voici comment Bryson et Merritt (2007, p. 43) résument l'apport du travail aux individus, en termes de capacités :

Le travail peut donc utiliser les fonctionnements et les capacités des individus et leur permettre d'apporter leur contribution à l'organisation, de se sentir compétents professionnellement, de renforcer la confiance en leurs capacités, de s'engager dans une

activité utile, d'être un membre reconnu de la société et de groupes sur son lieu de travail, d'obtenir des ressources qui leur serviront à entretenir d'autres personnes et à mener la vie qu'ils souhaitent.

Pour permettre le développement des capacités au travail, l'individu, l'organisation et la société sont intimement liés. On l'a vu plus avant dans cette analyse, il est nécessaire, pour que l'individu puisse exercer ses libertés, que l'environnement dans lequel il évolue soit capacitant. Le lieu de travail et tous ses composants doivent donc être propices à l'expression des libertés et à l'opérationnalisation des choix. Pour reprendre la terminologie de Sen, on pourrait, dans ce cas, parler d'une « entreprise capacitante ».

Cependant, le travail n'est pas le seul fait du travailleur. Dans une conception marxiste de la relation de travail, le travailleur vend sa force de travail – sur un marché du travail – à un employeur, qui est investisseur en capital. À ce sujet, Sen distingue la théorie du capital humain et la théorie des capacités. D'après lui, le capital humain se réfère à « la capacité d'individus – à travers leurs compétences, leurs connaissances et leurs efforts – d'augmenter les possibilités de production ». En revanche, la capacité est définie comme « la capacité d'individus à mener la vie qu'ils ont des raisons de valoriser » (Sen, 1997, cité dans Bryson & Merritt, 2007, p. 44). Capital humain et capacité sont deux concepts qui se focalisent sur l'individu et leurs capacités mais ce qui les distingue, c'est le fait que le premier est envisagé et mesuré dans une vision économique. Le capital humain est la quote-part, en termes de productivité, que l'individu apporte à l'entreprise. À l'inverse, « la capacité est considérée comme une contribution plus large permettant aux individus d'améliorer leur vie de façon générale » (Bryson & Merritt, 2007, p. 44). Et c'est la même différenciation qui est présente entre employeurs et salariés. Les employeurs, ayant l'objectif d'augmenter leur production, encouragent le développement des capacités de leurs travailleurs alors que ces derniers accroissent leurs capacités pour leur travail, leur mission au sein de l'organisation, mais aussi, et surtout, pour concourir à leur propre bien-être.

Dans une certaine mesure, la capacité est définie différemment selon que vous percevez la capacité individuelle comme un objectif final, ou que vous considérez

l'individu comme un moyen d'atteindre les objectifs organisationnels. (Bryson & Merritt, 2007, p. 44)

Dès lors, il en va de la responsabilité de l'organisation de promouvoir tant les objectifs organisationnels et institutionnels que les objectifs individuels.

Dans le schéma ci-dessous, Maline et Guérin (2009) envisagent le lieu de travail comme environnement capacitant en termes de considérations individuelles et d'avantages pour l'entreprise. Bien que ces auteurs aient développé leur propos dans le domaine de l'ergonomie, il trouve tout à fait sa place dans la conception du travail à la lumière de l'approche par les capacités.

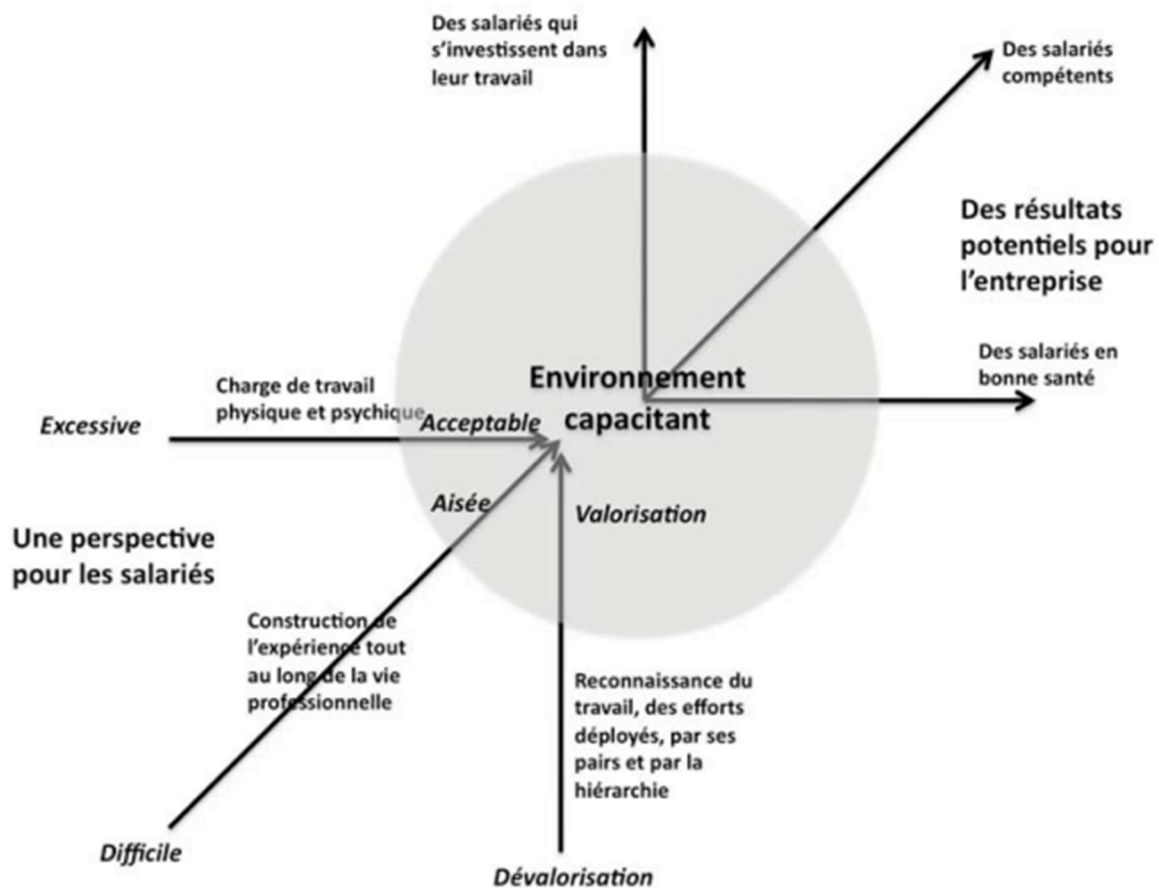


Figure 6. Les axes de développements de l'environnement capacitant (Maline & Guérin, 2009)

Plus précisément, cela suppose d'agir simultanément sur plusieurs axes de développement (Maline & Guérin, 2009, p.252) :

- Cet environnement doit contribuer à la préservation et au développement des capacités futures d'action des personnes, en prévenant l'usure et les risques professionnels, en éliminant l'exposition aux ambiances physiques toxiques, en réduisant les exigences aboutissant à des déficiences durables ou à des effets négatifs sur la santé psychique.
- Cet environnement doit se manifester par des actes managériaux répondant au besoin de reconnaissance et de dignité des travailleurs au travers de leur activité (et non de leur être). Il s'agit donc de reconnaître ce que l'on a mis de soi dans son travail, pour y tenir et pour le faire, malgré parfois les obstacles ou des empêchements de faire, parfois plus coûteux que le travail réalisé. Il s'agit de reconnaître les travailleurs comme des êtres particuliers, irremplaçables par leur capacité à contribuer, à partir de leur expérience, à la performance de l'organisation et à son évolution.

Cet environnement capacitant correspond à un idéal dans le sens où le travail serait un lieu apparenté à un incubateur de capacités. Mais l'expression des capacités de l'individu et de leur développement n'est pas du seul fait de l'organisation. Que ce soit une entreprise ou une association, elle est soumise aux décisions politiques, économiques et sociales. Il est alors question de « rétablir et développer les facteurs de conversion afin de concevoir et anticiper une organisation “capacitante”, source de développement, de réussite et de progrès » (Arnoud & Falzon, 2013, p. 127 cités dans Julhe, 2016, p. 335).

En plus des interactions institutionnelles, le travail est également le lieu privilégié des interactions sociales. Il est une réponse aux besoins psychologiques et financiers des individus mais également aux besoins sociaux. La qualité de l'emploi, dans sa considération sociale, permet d'accroître les capacités de l'individu. Cela se produit au moyen « d'encouragements qui peuvent se traduire par une plus grande confiance en soi, une meilleure estime de soi et finalement, une pro-activité de l'individu » (Bryson & Merritt, 2007, p. 51). Bien que le lien social au travail soit porteur et permette à l'individu de s'émanciper, la relation avec l'autre peut, dans certaines circonstances, représenter un frein au développement des capacités. Entre collègues peuvent apparaître des incompréhensions ou des malentendus. Cela peut arriver dans le partage de savoirs et de compétences ou dans la façon d'améliorer les capacités des autres.

Il arrive, parfois, que certaines personnes ne souhaitent pas prendre part au développement des capacités de son ou ses collègues. N'omettons pas le fait que le travail, lieu d'épanouissement, peut tout autant, être une arène où se produisent les jeux de pouvoir et de concurrence.

Le choix de la pensée senienne

Afin de démontrer le lien évident qu'il existe entre la santé mentale, sa pratique soignante et l'approche par les capacités, il est utile de préciser pourquoi ce propos se concentre principalement sur la théorie développée par Amartya Sen. Comme introduit dans le cadre théorique, l'économiste indien est à l'origine de cette idée de capacités. D'abord envisagée dans un contexte économique, politique et social, elle a ensuite été reprise dans le discours féministe, environnemental mais aussi dans celui de la santé mentale. L'AC, de par une transposition et une interprétation assez malléable, est étudiée par d'autres auteurs (citons par exemple Martha Nussbaum et Paul Ricœur). Au-delà d'une reconnaissance internationale qui légitime l'approche par les capacités, vue par Amartya Sen, comme étant celle dont doivent s'inspirer les pratiques soignantes en santé mentale, plusieurs raisons justifient ce choix.

Tout d'abord, rappelons qu'au cœur de l'AC proposée par Amartya Sen est la liberté, bien plus que la simple quête du bien-être (Doucet, 2020, p. 96). L'individu, doté de capacités, a la possibilité de faire et d'être. Selon Monnet (2007), « il faut non seulement prendre en compte ce que possèdent les individus, mais aussi leur capacité, leur liberté à utiliser leurs biens pour choisir leur propre mode de vie ». L'approche a peu à peu suscité l'intérêt dans les discussions éthiques en milieux de santé (Doucet & Duplantie, 2017, p. 12). La rencontre entre AC et éthique s'est faite en réponse aux problèmes de santé publique. Par la suite, la perspective s'est étendue au-delà du domaine de la santé publique et a trouvé des résonances dans le champ des pratiques soignantes et de la maladie chronique en ce compris « les interventions auprès des personnes souffrant de problèmes mentaux » (Doucet & Duplantie, 2017, p. 13).

Jennifer Prah Ruger, qui a conduit une thèse de doctorat sous la direction d'Amartya Sen, utilise l'approche par les capacités pour évaluer les politiques de santé publique. C'est ce qu'elle appelle la *health capability approach* (ou paradigme de la capacité de la santé) et qui peut être décrit comme suit :

(Le concept) permet de comprendre les conditions qui facilitent la santé, les obstacles qui l'entravent et la capacité de faire des choix de santé. Il permet d'évaluer de manière

plus précise l'objectif des politiques sociales, leur réussite et les changements que celles-ci entraînent. (Ruger, 2010, citée dans Doucet & Duplantie, 2017, p. 15).

La visée des politiques sociales ne se limite donc plus à éviter la mort des patients et à lutter contre la maladie. De fait, elle se développe aujourd'hui selon d'autres exigences dont l'une des principales est de placer l'utilisateur au centre de son processus de soin. Cette intégration revêt, entre autres, deux configurations : celle de l'éducation thérapeutique et celle du patient partenaire. D'après Saout et al. (2008, cités dans Doucet & Duplantie, 2017, p. 15) :

L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement [...] tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable.

Cette définition fait évidemment écho à l'AC telle que développée par Amartya Sen et sa transposition claire dans le milieu de la santé. Pour reprendre la terminologie du Prix Nobel, l'utilisateur est donc cet individu qui, même si dans un état de vulnérabilité, est doté et acquiert des capacités à faire des choix, au cours de son trajet de soins et après, lorsqu'il reconstruit sa vie. La configuration du patient partenaire en appelle aussi à l'approche par les capacités. C'est toute la relation soignant/soigné qui est bouleversée. La Faculté de médecine de l'Université de Montréal a démontré de cette volonté de placer l'utilisateur au centre de son trajet de soin. Cette approche, aussi appelée *Montreal Model* :

Propose que la personne utilisatrice de services soit consultée par rapport aux objectifs de son épisode de soin, transmette son savoir expérientiel aux cliniciens et gestionnaires de l'hôpital et participe en tant que membre actif aux projets de recherche. (IUSMM, 2012, cité dans Doucet & Duplantie, 2017, p. 15)

Mais pourquoi les autres auteurs qui se sont penchés sur l'étude des capacités n'ont-ils pas été retenus quand la notion a été intégrée à la santé mentale ?

Brièvement, nous pouvons dire que Martha Nussbaum, philosophe américaine dont les travaux suscitent de plus en plus d'intérêt dans la communauté scientifique, s'est penchée sur le handicap et la vulnérabilité. Selon elle, les individus sont dotés de potentialités et il est de la responsabilité de la société de permettre un environnement adéquat pour leur épanouissement. Contrairement à Sen, Martha Nussbaum est plutôt inscrite dans une analyse qui « cherche à systématiser des critères objectifs et universels permettant d'évaluer les capacités » (Doucet & Duplantie, 2017, p. 14). De plus, les littératures francophones et anglophones se sont surtout intéressées aux travaux de Sen et s'en sont saisies dans de nombreux domaines d'études dont celui de la santé mentale.

Paul Ricœur, quant à lui, est un philosophe français qui a étudié l'approche par les capacités pour « en faire ressortir la signification anthropologique » (Doucet, 2020, p. 95). Il n'a pas investi le terrain de la santé mentale mais sa conception des capacités est intéressante. En effet, toute son œuvre philosophique est construite autour du devenir capable qu'il désigne comme étant « d'une part les capacités qu'un agent humain s'attribue, d'autre part le recours à autrui pour donner à cette certitude personnelle un statut social » (Ricœur, 2005, cité dans Doucet, 2020, p. 95). L'approche par les capacités selon Ricœur peut se résumer par l'affirmation : « Je crois que je peux ». Dans cette tournure, le « je » est capable d'avoir la force mais aussi, et surtout, « je » est capable d'être la force de l'action.

La position de Martha Nussbaum – dans une perspective de théorie de justice sociale qui tient compte du handicap et de la vulnérabilité – et celle de Paul Ricœur dans son exploration du devenir capable, sont deux manières tout à fait légitimes de concevoir l'approche par les capacités mais qui ne se transposent pas aussi clairement aux soins de santé que celle d'Amartya Sen.

Capacités, empowerment ou rétablissement ?

A ce stade de l'étude, deux concepts issus de la santé mentale pourraient être accolés à celui des capacités. Il s'agit de celui du rétablissement et celui de l'empowerment. Pour rappel, cette étude se focalise sur les capacités au sens de Sen mais pour en comprendre toute

l'envergure dans les soins de santé mentale, il est nécessaire de s'arrêter un instant sur ces deux termes qui sont parfois confondus et pour lesquels il existe de nombreuses définitions. Afin de respecter le cadre de cette analyse, un choix arbitraire sera fait, dans le but de maintenir une cohérence avec le propos avancé jusqu'ici.

Plus avant dans ce travail, la notion de rétablissement a déjà été abordée car faisant partie intégrante des réformes de santé mentale initiées tant en Belgique qu'au Québec. Le rétablissement, selon Dujardin et Jamouille (2017), est :

Un processus très personnel de changements qui implique de donner un sens à sa vie et de nouveaux buts par lesquels il est possible de surmonter les effets destructeurs des souffrances psychiques et/ou de l'exclusion. L'approche du rétablissement amène la notion d'espoir pour l'utilisateur qui devient acteur de son existence et de son propre parcours cherchant l'épanouissement.

Dans un autre vocable, des spécialistes londoniens de la question (NHS, 2010, cité dans Le Cardinal & al., 2013) définissent le rétablissement à partir de trois composantes clefs :

- L'espoir (*hope*) qui est au cœur du concept de rétablissement ;
- Le pouvoir (*agency*) qui comprend l'autodétermination, le choix et la responsabilité ;
- L'inclusion sociale (*opportunity*) qui se rapporte à l'accès équitable et la participation active aux services de la cité.

L'empowerment quant à lui, est un terme issu de la tradition anglo-saxonne. Il pourrait être simplement traduit par « appropriation du pouvoir » mais perdrait alors de son sens. Selon le contexte dans lequel il est utilisé (discours féministe, situation de précarité, lutte des minorités, etc.) l'empowerment revêt différents sens, formes et applications. En optant pour une limitation au champ de la santé mentale, la définition alternative donnée par Jean-Nicolas Ouellet, ex-usager, semble être la plus appropriée.

Pour moi, l'appropriation du pouvoir est une notion radicale, c'est-à-dire sans compromis. Comme il n'y a pas de compromis quant au respect d'un droit : on le

respecte ou on ne le respecte pas. C'est la personne qui peut nous dire si elle sent qu'elle reprend du pouvoir sur sa vie. Elle [l'appropriation du pouvoir] place la personne au centre des décisions qui la concernent. Elle est l'inverse du modèle médical paternaliste. Nous ne sommes plus dans la prise en charge. On éclate les derniers murs de l'asile dans la cité. Dans ce sens, il serait inconcevable de déménager quelqu'un d'une résidence à une autre sans que cette personne n'ait son mot à dire. Elle doit participer au constat qui mène à la réflexion sur l'opportunité de déménager et participer activement à la décision. Elle implique la notion de s'autodéterminer, de faire soi-même ses choix de vie. Pour choisir, la personne doit comprendre. Et pour bien comprendre, elle doit participer à la discussion en regardant, elle aussi les alternatives. Choisir, participer, comprendre sont les 3 piliers de l'appropriation du pouvoir. Trois verbes que l'on conjugue à tous les temps mais *toujours à la première personne*, du singulier ou du pluriel. La personne est l'experte de son propre cas. Elle ressent les symptômes. Si on l'écoute pour le diagnostic, on doit aussi l'écouter après le diagnostic. C'est un effet pervers de la psychiatrie qui n'a pas de marqueur physique de la maladie. *Sans notre parole, il n'y a pas de diagnostic. Mais après le diagnostic, notre parole est folle.* Appropriation du pouvoir et entraide : l'entraide c'est une forme et un moyen de l'appropriation du pouvoir. Toute personne qui a vécu une expérience a priori négative peut en faire profiter les autres. L'entraide redonne confiance parce qu'elle donne compétence à partir de ce que l'on a retenu pour vaincre les difficultés ou surmonter des échecs. On n'a pas traversé le désert pour rien, on est devenu guide. *C'est une transformation de l'expérience qui nous sort de la position de victime.* L'entraide fait en sorte que chaque être humain puisse un jour sentir la vie réussir en lui. Cela place la personne dans une posture différente : elle devient compétente. Appropriation du pouvoir et droits : c'est encore ici une différence majeure avec le rétablissement qui lui ne parle pas de respect

des droits. Cette identité positive, on l'a quand on se sent respecté et considéré comme une personne à part entière. (Ouellet, 2010, cité dans Deutsch, 2015, p. 10).

Dès lors, on comprend que l'empowerment est une des étapes du processus de rétablissement. En santé mentale, les deux sont intrinsèquement liés et en appellent à l'approche par les capacités. Au regard de l'approche d'Amartya Sen, le rétablissement est le processus par lequel l'utilisateur travaille sur plusieurs objectifs, dont l'empowerment, pour coconstruire, avec l'équipe soignante et son entourage, un projet de vie qu'il estime bon et dans lequel il pourra exprimer ses libertés. L'AC est donc omniprésente. L'analyse proposée explore la santé mentale. À ce titre, et après la pose du cadre théorique, il apparaît légitime que puisse se faire le parallèle entre l'approche par les capacités et le processus de rétablissement. Le schéma ci-dessous permet de visualiser l'imbrication de ces différentes notions, appliquées aux soins de santé mentale. En effet, à la lecture des différentes définitions données jusqu'à présent dans la littérature et dans les textes plus politiques, résonnent inévitablement les composantes de l'approche par les capacités telle que l'a conçue Amartya Sen.

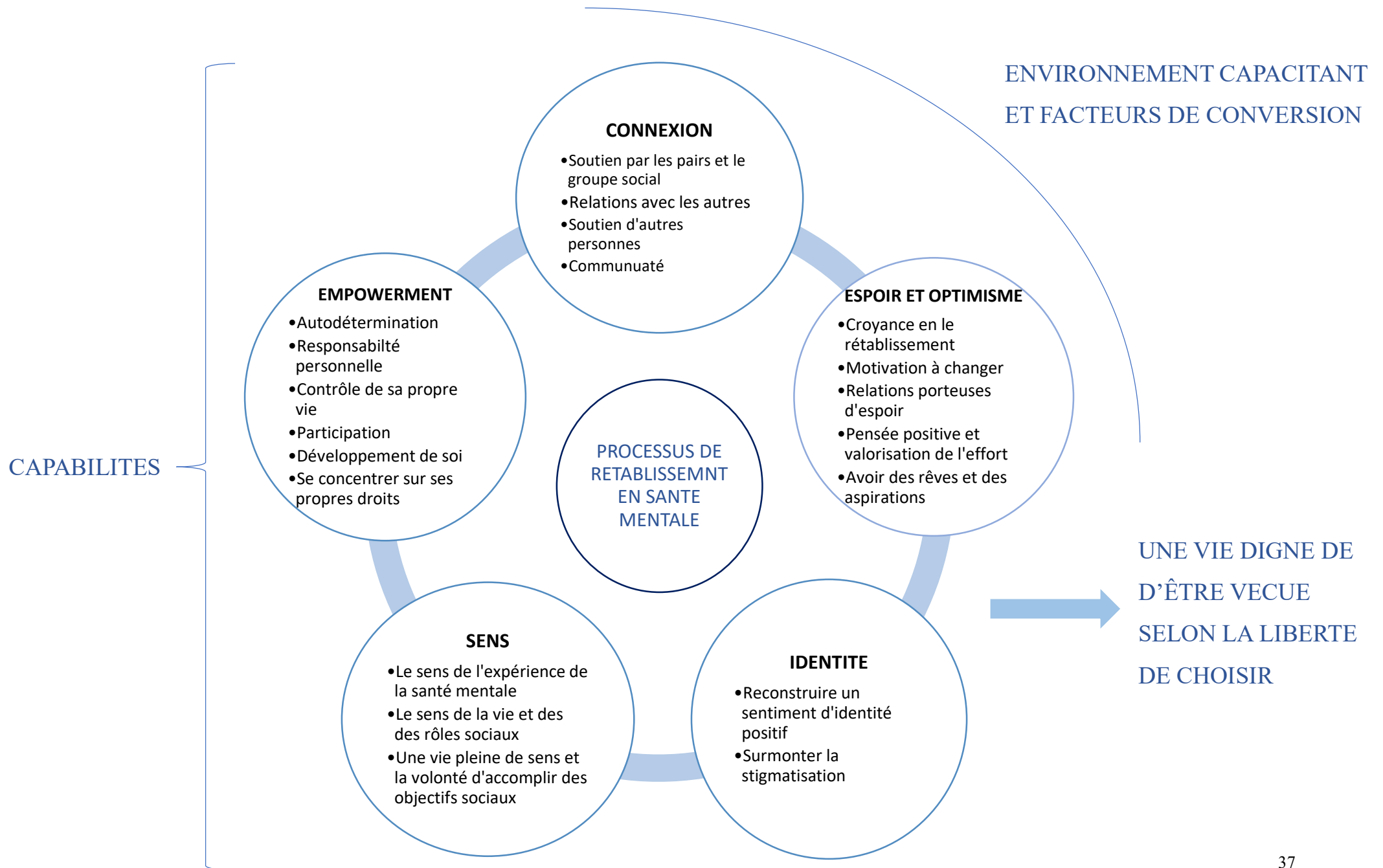


Figure 7. Schéma récapitulatif du processus de rétablissement en soin de santé mentale en parallèle de l'approche par les capacités.

La pair-aidance en santé mentale : une brève introduction

La pratique soignante, le soin en général est un domaine très vaste. Il en est de même pour le secteur de la santé mentale. Dans une volonté de mener cette recherche de la façon la plus précise possible, la focale sera mise sur pratique de la pair-aidance dans les soins de santé mentale. Nouvelle forme de relation soignant/soigné, conception innovante du travail de soin, sujet de certains débats, la pair-aidance recouvre des dimensions plurielles.

De plus, en raison de son caractère si singulier, la pair-aidance est une pratique dans laquelle résonnent les principes-clefs de l'approche par les capacités.

La pair-aidance est une pratique qui trouve son origine aux États-Unis, à la fin des années 70. Aux mouvements sociaux des noirs et des homosexuels pour une reconnaissance des droits civiques, s'est joint celui des « *survivors* » de la psychiatrie. Judi Chamberlin, militante et image forte du mouvement, est également auteur de l'ouvrage « *On your own* » (Notre propre voix). Dans ce livre publié en 1978, « elle dénonçait la discrimination et les abus des droits fondamentaux dont étaient victimes les personnes suivies par les services de psychiatrie et lança un appel aux usagers de la psychiatrie pour qu'ils se regroupent et parlent d'une seule voix » (Durand, 2020, p. 9). C'est dans cette volonté d'encourager une entraide entre pairs, pour emprunter ensemble le chemin vers le rétablissement que la pair-aidance a émergé.

Le « *clubhouse* » new-yorkais des années 40 avait également, quelques années auparavant, esquissé les contours d'un regroupement entre pairs. Il s'agit d'une « structure originale initiée par des usagers de la psychiatrie », ancêtre de ce qu'on appelle aujourd'hui la réhabilitation psychosociale (Durand, 2020, p. 9).

Aujourd'hui, dans la philosophie du rétablissement, la pair-aidance :

Se base sur l'expertise du vécu et vise l'accompagnement, l'entraide et la citoyenneté.

Les pairs-aidants ont une expérience personnelle de souffrance psychique et/ou sociale (y compris de la grande précarité). Ils ont pris du recul par rapport à cette souffrance et à cette expérience. Ils sont suffisamment rétablis et ont mobilisé un ensemble de ressources pour intervenir auprès de personnes qui rencontrent des difficultés similaires.

Dotés de leur expérience, de leur vécu, ils ont pu développer une connaissance des parcours d'aide, de soins, des réseaux et de la maladie et/ou de l'exclusion sociale. Ils interviennent auprès de leurs pairs pour les soutenir et les accompagner dans leur rétablissement, l'amélioration de leur qualité de vie. Ils peuvent développer leurs fonctions d'aidance à travers une palette assez large de missions à plusieurs niveaux de la sphère de l'intervention en santé mentale et précarité. (Dujardin & Jamouille, 2017, p 6)

Selon la culture de soins au sein de laquelle est pratiquée la pair-aidance, l'ex-usager qui s'investit sera appelé pair-aidant, médiateur de santé pair, patient expert et plus encore. D'après Michel Hautefeuille (2021), les principes de complémentarité, de reconnaissance et d'entraide semblent reconnus et acceptés mais ils ne sont pas pour autant installés. Toujours selon lui, cette errance des vocables illustre « la difficulté à mettre en œuvre des principes qui semblent élémentaires comme par exemple, l'acceptation du savoir expérientiel (2021, p. 7).

Les capacités de l'ex-usager investies dans la pair-aidance

Dans la dynamique de pair-aidance (qui tend vers le rétablissement de l'utilisateur), les deux acteurs principaux sont, d'une part, le pair-aidant (qui est un ex-usager) et d'autre part, l'utilisateur, inscrit dans un trajet de soins. Bien évidemment, la relation existe grâce à un partenariat plus large dont ils font partie et auquel ils participent tous les deux. Ce partenariat, sous forme de réseau, mobilise notamment les structures de soins, les soignants et les proches.

En présentant d'abord l'approche par les capacités et ensuite le processus de rétablissement, il a pu être constaté que ces deux notions étaient analogues² dans le cadre de la santé mentale. La pratique d'entraide mutuelle répond à la philosophie du rétablissement qui prend place dans une dimension individuelle et interpersonnelle. Le contexte mis en place par une approche de pair-aidance permet la confrontation entre la situation d'exclusion sociale et les effets des symptômes liés au trouble psychique.

² Cette observation est le fruit du travail d'analyse réalisé dans le cadre de ce mémoire et non d'éventuelles sources scientifiques.

Plus précisément, c'est à partir de l'expérience brute, qui aura trouvé ressources et facteurs de conversion favorables, que l'aspect informel de l'expérience du vécu se transformera alors en savoirs et en compétences. Les facteurs de conversion, pour reprendre le vocabulaire de la théorie des capacités, au sein du processus de rétablissement, reposeraient sur les notions promues dans ce cadre, c'est-à-dire l'interlocution, l'espoir et le soutien. (Jouet, 2016, p. 116)

Jouet propose donc que « l'expérience du vécu soit transformée en savoirs et compétences ». Dans la perspective des sciences du travail, cette affirmation résonne comme une dynamique de professionnalisation de la pair-aidance. Cette question sera abordée dans le point suivant mais permet d'introduire la qualité de pair-aidance comme travail et d'interroger l'intérêt de l'approche par les capacités au travail.

En résumé

L'approche par les capacités au travail illustre la manière dont les individus – en tant que travailleurs qui développent leurs capacités – et les organisations – vues comme des environnements capacitants – doivent nécessairement s'unir pour coconstruire la vie que l'individu estime digne d'être vécue. Du reste, il existe des moteurs et des freins institutionnels au développement des capacités. Mais cette parenthèse sur l'AC dans les pratiques soignantes et au travail en général permet de se questionner sur la pair-aidance en tant que pratique innovante en santé mentale. Dans cette étude, la pair-aidance a été lue comme un accompagnement, inscrit dans un processus de rétablissement et qui est indissociable de l'espoir. Mais cette pratique est-elle une profession, un métier à part entière ? Le savoir expérientiel a-t-il valeur de compétences professionnelles reconnues ? Comment les pair-aidants, au nom de leur mission de rétablissement (et donc, de développement de leurs capacités), peuvent-ils légitimement intégrer une équipe soignante, une institution ? Qu'en est-il en Belgique, au Québec ? Telles sont les nombreuses interrogations que soulève actuellement la pair-aidance. Nous tenterons d'y répondre, à l'aune de la sociologie des groupes professionnels.

PARTIE V. La pair-aidance ou la constitution d'un nouveau groupe professionnel

La pair-aidance est donc une pratique qui se développe dans les soins de santé mentale, qui s'inscrit dans le parcours de rétablissement des (ex-)usagers et qui est en quête de reconnaissance. Reconnaissance d'un métier, d'un statut, d'une place dans une équipe de travail et surtout, reconnaissance du savoir acquis par l'expérience de vie. L'implication dans une telle démarche est clairement inscrite à la fois dans une dynamique de professionnalisation et dans un processus d'institutionnalisation.

Afin de préserver la cohérence souhaitée dans ce travail et que celui-ci reste précis, un cadre théorique a été privilégié pour analyser l'émergence de la pair-aidance en tant que nouveau groupe professionnel. De ce fait, l'apport théorique majeur sera issu de l'ouvrage « Sociologie des groupes professionnels » de Nadège Vezinat paru en 2016. Après lecture de son livre, il apparaît qu'une analyse sous l'angle de la sociologie interactionniste est opportune.

Le thème de la professionnalisation de la pair-aidance est régulièrement nourri par diverses contributions scientifiques et profanes. D'autres sources permettront alors de percevoir l'enjeu de la professionnalisation pour les pair-aidants mais également pour les autres acteurs en présence (soignants, proches, organisation, etc.).

Avant d'entamer une analyse à l'aune de la sociologie des groupes professionnels et dans le but de « planter le décor », voici, afin d'appuyer le choix posé, la définition de la professionnalisation formulée par Nadège Vezinat :

L'adoption de l'angle de la professionnalisation pour analyser les groupes professionnels présente deux types d'intérêts. D'abord, car il y a justement une absence de consensus sur les professions – pour lesquelles les critères établis ne font pas l'unanimité. Cette notion permet d'analyser la mise en place et l'institutionnalisation d'une activité professionnelle en cours de constitution ou de reconnaissance. Ensuite le fait de pouvoir mettre l'accent sur le processus donne à voir la dynamique à l'œuvre,

peu importe que la professionnalisation réussisse ou non. Selon les cas, les professionnalisations consistent à voir une activité et/ou un groupe professionnel se constituer ou se légitimer. Néanmoins il convient de ne pas restreindre la signification de cette notion à un processus unique, commun à tous les groupes professionnels sous les mêmes modalités. La professionnalisation, en tant que notion polysémique, peut être partielle et/ou réversible, elle peut porter aussi bien sur une activité professionnelle que sur une activité amateur ou bénévole, sur un groupe professionnel dans son ensemble ou plus restreint. Même si toutes les activités professionnelles ne sont pas appelées à devenir des professions, cela ne doit pas en empêcher l'étude. (2016, p. 101-102)

Cette définition de la professionnalisation permet alors de dérouler le fil théorique relatif à la sociologie des groupes professionnels et de le lier au cas de la pair-aidance en Belgique et au Canada, dans la Province de Québec. Pour cela, seront notamment mobilisées les notions d'intégration et d'exclusion étudiées par Emile Durkheim et Max Weber. Le but de l'analyse n'est pas de dresser une liste exhaustive de critères qui permettrait de trancher sans équivoque sur la question de la professionnalisation des pair-aidants. L'objectif réside plutôt dans la volonté de saisir les enjeux d'un tel cheminement, d'identifier les acteurs et leur rôle, de comprendre les mécanismes mis en place, etc. C'est en ce sens que la sociologie interactionniste, eu égard à la sociologie fonctionnaliste, est plus pertinente.

L'interactionnisme : cadre théorique, acteurs et échelles d'analyse

Née de la volonté de rompre avec la position statique de la sociologie dite « fonctionnaliste », le courant interactionniste, issu de l'école de Chicago, considère la société « davantage comme le résultat des interactions des individus entre eux, c'est-à-dire une attribution continue de sens par des individus qui définissent les situations en fonction de leurs interactions avec autrui » (Vezinat, 2016, p. 33-34). En tenant compte de l'historicité propre vécue par les groupes professionnels dans le processus de professionnalisation, les sociologues interactionnistes, tels que Everett Hughes, Howard Becket et Anselm Strauss, dissocient « la fonction occupée par le professionnel (la nature du travail effectué) de l'acquisition du statut de profession » (Vezinat,

2016, p. 34). L'acquisition d'un statut, ainsi que la division morale du travail, sont au centre des préoccupations interactionnistes.

Pour Hughes, la division du travail implique nécessairement de l'interaction dans la mesure où les tâches de travail sont constitutives d'une totalité (par exemple le soin du malade) mais nécessitent un partage des tâches (entre les différents personnels médicaux, soignants et non-soignants pour continuer sur l'exemple). L'interaction est donc fondamentale dans la distribution des rôles sociaux puisqu'elle participe à définir le travail et à coproduire à la fois avec les autres professionnels en lien avec l'activité et les destinataires de cette même activité. Le médecin échange avec son patient pour savoir s'il doit le traiter ou non [...] (Vezinat, 2016, p. 33)

La division du travail est donc multiple, en ce sens où elle s'opère de manière à la fois verticale, horizontale et morale.

Qui dit reconnaissance d'un statut et division du travail induit inévitablement la notion d'acteur. Dans un processus de professionnalisation, ici celui de la pair-aidance, qui revendique un statut ? Qui participe à cette activité ancrée dans une démarche de rétablissement ? Au-delà du qui, comment se déroulent les interactions entre les différents acteurs ? Telles sont les questions auxquelles nous tentons de répondre.

Au cœur de la pair-aidance : le pair-aidant. Cela va de soi. Et ce sont bien les pairs-aidants, en tant que nouveau groupe professionnel, qui aspirent à une légitimation de leur expérience de vie en tant que compétence professionnelle, à l'obtention d'un statut. Ils sont identifiables, à ce stade, simplement par leur dénomination. Cependant, il a été démontré que le parcours de rétablissement n'est pas que le fait d'un individu, l'(ex-)usager, et il est primordial de garder à l'esprit que l'enjeu d'une professionnalisation de la pair-aidance ne peut se faire qu'en respectant la philosophie du rétablissement. Parallèlement au pair-aidant se côtoient de nombreux professionnels tels que les médecins, les infirmiers, les ergothérapeutes, les assistants sociaux, etc. mais également des non-professionnels comme les familles, les proches, les membres d'associations représentatives ou des bénévoles. Typiquement, les professionnels se

retrouveront au sein d'un autre groupe, plus large, qui est celui de l'organisation, du centre de soins ou de l'hôpital. Dans cette structure, les rôles sont particulièrement bien définis et une hiérarchisation des individus, selon leur fonction, est établie. Dans une structure hospitalière traditionnelle, la division est plutôt horizontalement forte et verticalement faible. En effet, les unités sont regroupées selon les spécialités, par service et ce qui est, par exemple du ressort de la planification ou du contrôle se fait dans les services administratifs. Sans entrer dans les détails³, il apparaît qu'une organisation qui dispense des soins de santé mentale et qui est orientée vers le rétablissement, ne correspond plus tout à fait au schéma-type d'une configuration professionnelle au sens de Nizet et Pichault. Par exemple l'émancipation de l'utilisateur, son pouvoir d'agir, pousse la division verticale du travail à s'intensifier. Les « non-professionnels », dans le sens de l'absence de compétences psycho-médico-sociales, gravitent autour de l'organisation et entretiennent des relations internes et externes avec les pair-aidants et toutes les personnes dont la fonction est définie par le soin à l'autre. Les individus et l'organisation à laquelle ils sont attachés ne représentent que deux types d'acteurs de la professionnalisation. En effet, il faut aussi tenir compte de ce que Vezinat appelle « le poids des instances régulatrices » (2016, p. 10). Ces instances sont à la fois politiques (en référence aux réformes présentés dans la partie I de ce travail), sociales et économiques. Certaines d'entre elles étaient instaurées avant l'amorce d'une professionnalisation, d'autres se sont construites dans cette dynamique. Elles seront présentées par après, au moment de s'interroger sur l'institutionnalisation de la pair-aidance.

L'identification des acteurs impliqués dans un processus de professionnalisation permet d'introduire la méthode « d'échelles d'analyse » pour cerner l'ensemble des changements sociaux qui s'opèrent. C'est ainsi que Vezinat distingue les niveaux micro-, méso- et macrosociologique. Plus précisément :

Ainsi le niveau microsociologique permet de voir par exemple comment, grâce à une diversité des manières de faire, des pratiques marginales, d'individus isolés, peuvent se répandre et se généraliser au sein d'un groupe professionnel. Le niveau mésosociologique permet d'étudier les réflexions et actions collectives pouvant amener

³ Cette analyse est bien ancrée dans une approche par la sociologie des groupes professionnels et non celle des organisations. Cependant, il apparaît pertinent de faire appel à des notions issues de cette branche pour enrichir le propos.

un groupe professionnel à acquérir une nouvelle expertise ou à se centrer sur une part de leur activité professionnelle au détriment d'une autre et transformer ainsi le cœur de leur activité. Le niveau macrosociologique permet de saisir comment, et dans quelle mesure, les évolutions d'un groupe professionnel peuvent être rattachées aux transformations de son environnement [...] (2016, p. 11)

Ou plus brièvement :

Le niveau microsociologique met en lumière les conditions, l'activité de travail et les pratiques professionnelles quand le niveau mésosociologique concerne celui de l'organisation et des associations professionnelles, et le niveau macrosociologique se centre sur la régulation des groupes professionnels et leur rôle dans la société. (Vezinat, 2016, p. 10).

Ci-dessous, une représentation schématique des acteurs selon l'échelle à partir de laquelle il est possible de les analyser d'étudier les interactions qu'ils entretiennent :

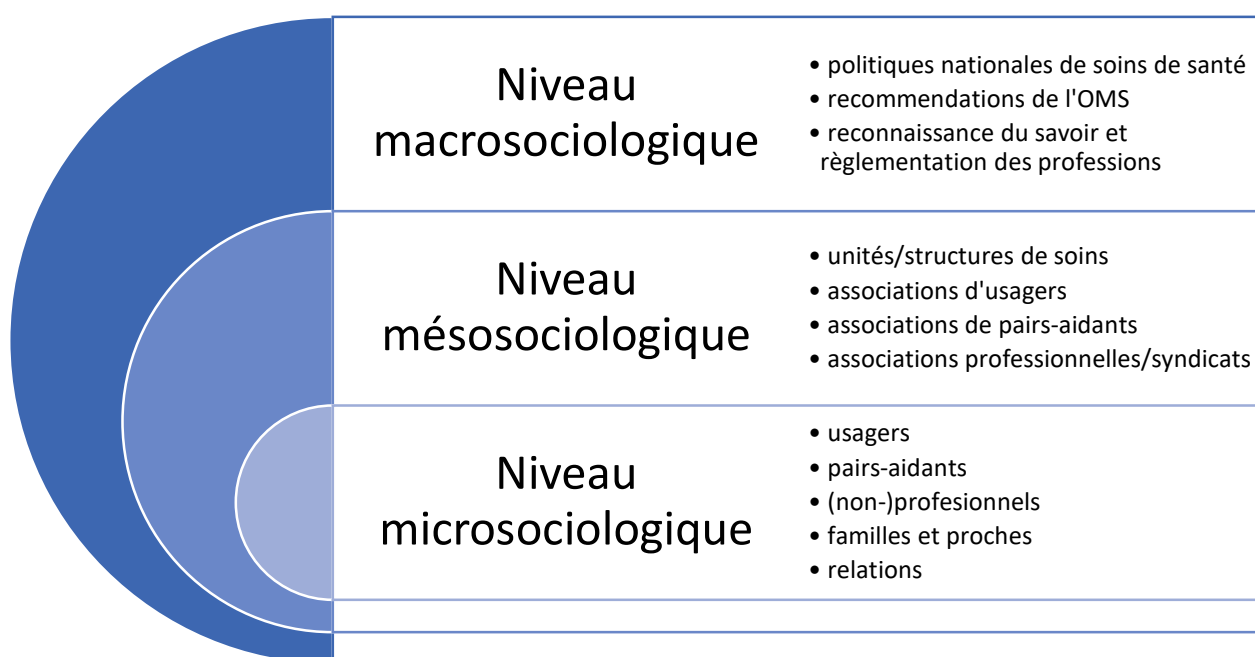


Figure 8. Les échelles d'analyse et les acteurs du "fait professionnel"

Les notions clefs de la sociologie des groupes professionnels et du courant interactionniste mobilisées dans la pair-aidance

La sociologie interactionniste, dans sa volonté de proposer une analyse précise, fait appel à un certain nombre de références et de notions. Ci-après sont exposées celles qui, au regard de la professionnalisation de la pair-aidance, semblent être les plus intéressantes. Chacune d'entre elles a été développée par des auteurs distincts mais leurs pensées se croisent encore aujourd'hui pour une meilleure compréhension des faits de société.

L'intégration et la solidarité (E. Durkheim)

Dans la philosophie d'Emile Durkheim, sociologue français, le groupe professionnel est un lieu de socialisation, de création du lien social. L'individu appartenant à un groupe professionnel trouve sa place dans l'ensemble du système social. À l'instar des corporations de l'époque, « les groupements professionnels assurent l'ordre social et exercent sur les travailleurs un pouvoir moral » et en ce sens, « ils relient ainsi les destinataires d'une activité, les clients et les usagers à une entreprise ou un service public » (Vezinat, 2016, p. 17). Un deuxième niveau de lien est maintenu : celui qui unit l'Etat et les autres institutions actives dans la société.

Le pouvoir d'intégration des groupes professionnels étant au centre de sa réflexion, le sociologue s'interroge en ce sens :

Comment se fait-il que tout en devenant plus autonome, l'individu dépende plus étroitement de la société ? Comment peut-il être à la fois plus personnel et plus solidaire ? Car il est incontestable que ces deux mouvements, si contradictoires qu'ils paraissent, se poursuivent parallèlement. Tel est le problème que nous nous sommes posés. Il nous a paru que ce qui résolvait cette apparente antinomie, c'est une transformation de la solidarité sociale, due au développement toujours plus considérable de la division du travail. (Durkheim, 1893, cité dans Vezinat, 2016, p. 17)

Dans cette perspective d'intégration, Emile Durkheim fait notamment appel aux notions de régulation sociale et de division du travail. La régulation est inhérente au groupe professionnel.

C'est lui qui établit des normes, des valeurs morales ou encore des sanctions, tout l'appareil régulateur qui constitue un pouvoir de contrainte. Par la suite, cette régulation peut être le fait d'organes extérieurs.

Mais la contribution significative de Durkheim est relative aux mécanismes de solidarité qui peuvent caractériser les relations sociales. Il en distingue deux sortes : la solidarité mécanique (considérant que les individus se ressemblent) et la solidarité organique (considérant que les individus se complètent).

Avec la pair-aidance, il s'agit bien d'intégrer « un nouveau type de professionnels dans les équipes soignantes » (Durand, 2010). Ces professionnels sont en quête de légitimité de leur savoir expérientiel qui leur confère des compétences spécifiques. C'est notamment le cas du soutien qu'ils proposent aux usagers de santé mentale, cet accompagnement repose « sur la conviction que des personnes qui ont fait face, enduré et surmonté l'adversité peuvent offrir un soutien utile, de l'encouragement ou des activités de mentorat aux personnes vivant dans des situations semblables » (Davidson & al. 2006, cité dans Sarrandon-Eck et al., 2012, p. 184). S'opère alors, entre les pairs-aidants et les usagers (aussi appelés, dans ce contexte, des pairs-aidés), une solidarité mécanique du fait de la mise en commun de leur expérience du trouble psychique, de l'hospitalisation, de la précarité, etc. Ils souhaitent également établir ce type de solidarité avec les soignants. Il a été observé que dans certains cas, « ils se mettent à agir sur un pied d'égalité avec les professionnels de santé au service des autres patients, incarnant alors un idéal égalitaire (Batifoulier, 2012, cité dans Gross & al., 2016). Le pair-aidant, dans sa volonté de se constituer comme acteur reconnu dans la pratique soignante, crée du lien entre d'une part, l'usager, et d'autre part, les soignants. En faisant cela, il ne se positionne pas, arbitrairement, dans la hiérarchie mais tend à être considéré comme un homologue. Cette authentification semble être un pont vers l'expérience de la solidarité organique, vécue plutôt avec les soignants. En effet, c'est dans le but de contribuer ensemble au rétablissement de l'usager que cette solidarité est en action. Les compétences de vie et les compétences plutôt académiques, s'unissent pour accomplir un même objectif.

Les pairs-aidants doivent alors être considérés, dans le processus de professionnalisation, comme « acteurs collectifs ». D'après Demailly (2014) :

Cette expression implique le développement d'une autonomie et d'une solidarité, l'existence d'un « nous » qui est subjectif et qui peut être assumé vis-à-vis des groupes professionnels voisins ou des publics et renvoie à la fois à des capacités d'actions, à du pouvoir professionnel (si minime soit-il) et à des capacités à se protéger (des profanes, des usagers, des clients, des concurrents, des partenaires de travail).

En plus des liens qui unissent les individus, les rapports de pouvoir ne sont plus aussi bien stabilisés. D'après Gross et al. (2016), « quand un patient, qui plus est formé, prodigue des soins (l'éducation thérapeutique est considérée comme un soin) au côté des professionnels de santé, il est sorti de la place qui lui était assignée initialement, et ce sur la base d'une égalité des expertises avec les professionnels de santé, ce qui transforme radicalement les rapports de pouvoir ». Alors que pour Demailly (2014), « l'expérience de la domination est centrale pour comprendre la spécificité de la construction de leur professionnalité ».

Dès lors, la division du travail et la spécialisation des tâches et fonctions produisent concomitamment deux procédés :

D'un côté, elles favorisent la solidarité organique parce qu'une coopération entre les différents groupes professionnels se fait nécessaire en raison de leur interdépendance. De l'autre côté, elles renforcent l'intégration des professionnels dans la mesure où chaque groupe professionnel permet une socialisation et fournit aux individus une appartenance sociale. (Vezinat, 2016, p. 19).

Il faudra cependant rester vigilant à ce que Demailly appelle « l'émoussement du savoir expérientiel » ou le fait que l'intégration d'un pair-aidant dans un travail d'équipe contribuerait à un éloignement du savoir expérientiel. Pour qu'une professionnalisation puisse se réaliser, il

est nécessaire qu'elle soit perçue comme un complémentaire et avantageuse pour les groupes professionnels dits « voisins ».

L'exclusion et la communauté d'intérêts (M. Weber)

Contrairement à Durkheim qui estime que la constitution d'un groupe professionnel participe à une dynamique d'intégration, Max Weber la considère plutôt comme facteur d'exclusion. C'est ainsi qu'il les définit comme étant des « compétiteurs qui adoptent un comportement vis-à-vis de l'extérieur [car ils] forment une “communauté d'intérêts” tout en continuant à se concurrencer les uns les autres » (Weber, 1921, cité dans Vezinat, 2016, p. 21). Cette communauté d'intérêts rassemble des individus qui, d'un point de vue social, se ressemblent. Ils sont alors membres d'un même cercle qui définit ses conditions de « fermeture » extérieure ou de « *social closure* » à l'entrée dans le groupe social (exigence d'un diplôme ou d'un titre, *numerus clausus*, etc.) (Vezinat, 2016, p. 22). Cette manière d'agir permet d'éviter que le groupe prenne de l'expansion tout en donnant à ses membres, la possibilité de se concurrencer. Les bénéfices de la fermeture d'une communauté d'intérêts sont de garantir le maintien des « avantages préalablement acquis et de se protéger des différents aléas rencontrés » (Vezinat, 2016, p. 23). La profession apparaît donc comme un double mécanisme de fermeture.

Pour Max Weber, le groupe professionnel se définit d'abord par la fermeture et l'exclusion, c'est-à-dire par la détermination et l'identification de ceux qui n'y appartiennent pas : « Le groupe formé par les membres de plein droit, en tant qu'il représente une “profession”, dispose à titre exclusif des biens, des devoirs et des situations dont il a le contrôle, dans les domaines intellectuel, social et économique ». Il insiste notamment sur l'importance de l'évaluation par les pairs en se référant à « l'intérêt psychologique et matériel que peuvent avoir tous les membres de la communauté à la bonne qualité du travail par leurs confrères ». L'exclusion interne passe par la validation du travail accompli qui ne peut se faire que par les pairs, les seuls à même de juger de la qualité du professionnel. (Vezinat, 2016, p. 23)

Autour de la pair-aidance comme nouvelle profession, gravitent d'autres groupes, les groupes professionnels voisins. Typiquement, s'y retrouvent ceux des médecins, des infirmiers. Pour éviter leur exclusion, les pairs-aidants doivent faire naître un sentiment d'utilité pour les autres groupes. Plus particulièrement avec les groupes les plus dominants tels que les médecins et les directeurs. La preuve de leur utilité doit avoir lieu sans concurrencer le territoire des groupes institués au sein desquels le fait de se ressembler est primordial.

Les médecins et les infirmiers (pour rester dans la logique de la pratique soignante), constituent donc des communautés d'intérêts. L'exercice de l'activité (médicale et infirmière) « exige une certification professionnelle, c'est-à-dire un diplôme, titre ou certificat remis à la personne pour valider ses compétences, connaissances et qualifications » (Bonnet, 2020, p. 33). Or, la pair-aidance ne répond pas toujours à cette définition de l'activité professionnelle. La question de la formation en pair-aidance sera abordée dans la sixième partie de ce travail. La communauté d'intérêts qui est établie par les infirmiers a été affaiblie en raison du manque de moyens alloués à la santé publique mais également du fait de la diminution de personnel dans les services de santé mentale. Cette diminution est en partie due à la diversification des professions comme les éducateurs spécialisés, les ergothérapeutes, les assistantes sociales, etc. qui « se redécoupent en partie le travail infirmier initial qui était d'une grande polyvalence » (Demailly, 2014). Les infirmiers se montrent donc hostiles à cette « tendance au remplacement d'emplois bien payés par des emplois moins bien payés et par délégation de tâches en cascade » et vont se mobiliser pour défendre « leur différentiel de salaire en fonction de la logique de qualifications, les moyens budgétaires de la psychiatrie et leurs postes » (Demailly, 2014). Les pairs-aidants sont donc assimilés à des concurrents par les infirmiers. Mais au-delà des questions salariales et de qualifications, c'est même la pratique clinique qui est source de tensions. Les infirmiers justifient cela « puisque leur travail (des pairs-aidants) peu normé leur permet de passer une heure ou une heure et demie avec un usager et d'avoir le beau rôle là où l'emploi du temps de l'infirmier le “contraint” à être beaucoup plus rapide » (Demailly, 2014). De plus, les équipes soignantes (infirmiers et médecins) voient pour eux, l'arrivée des pairs-aidants comme une charge de travail supplémentaire. Il leur faudrait un temps dédié à l'accompagnement et à l'intégration de ces nouveaux collègues. Leur opinion est donc renforcée avec cette impression « qu'en finançant ce nouveau métier, les pouvoirs publics détourneraient des budgets qui seraient mieux utilisés à recruter des infirmiers et des aides-soignants dans une situation de pénurie chronique d'effectifs » (Sedan & al., 2022, p. 287). Les psychiatres, quant à eux, ont

tendance à juger que le travail du pair-aidant « n'est pas utile, dangereux pour les MSP⁴ eux-mêmes, qu'il correspond à une orientation idéologique néfaste pour la psychiatrie (dissolution de la psychiatrie dans le travail social), qu'il instaure une confusion entre expérience et connaissance » (Demailly, 2014).

Notons également que les pairs-aidants, en l'absence de diplôme suffisamment reconnu, n'ont pas les moyens de fermer leur groupe professionnel en construction. À ce jour, « rien n'empêche un établissement psychiatrique ou une association d'embaucher un pair-aidant non tutélaire de diplôme » (Demailly, 2014).

Par ailleurs, sans référentiel de compétences connu par les équipes de soin, il est difficile d'évaluer le travail du pair-aidant. De plus, le pair-aidant est bien souvent dirigé dans le service par le médecin responsable, ce qui « dénote une certaine forme d'hiérarchisation et de contrôle par le corps médical » (St-Onge, 2021).

Pour consolider sa légitimité, le groupe professionnel déjà formé prend une certaine distance avec les outils traditionnels de régulation. Cependant, dans le but de renforcer son assise, l'Etat peut intervenir ou du moins participer. L'objectif étant alors « l'acquisition d'un monopole légal, la création d'un titre ou d'un diplôme » (Vezinat, 2016, p. 24). Dans le cas de la formation d'un nouveau groupe professionnel, l'Etat peut être un allié de choix qui met en place des « stratégies visant à faire qu'une activité nouvelle parvienne à la fois à la viabilité économique et à un niveau de reconnaissance institutionnelle et symbolique qui lui permet de prendre place dans la division du travail » (Demazière & Gadéa, 2009, p. 441 cités dans Vezinat, 2016, p. 27).

La pair-aidance tente de s'institutionnaliser. Les pairs-aidants, via la conception de formations certifiantes, souhaitent obtenir la reconnaissance des autres groupes professionnels et confirmer leur propre légitimité. D'après Gross et al., il faut « réaliser que cette génération montante de patients est en train d'obtenir la reconnaissance de capacités qui étaient bien connues dans l'entre soi associatif mais qui n'avait pas de reconnaissance au-delà ». La partie VI reviendra sur la mise en place de formations à la pair-aidance reconnues en Belgique et au Canada.

⁴ MSP = médiateur de santé pair (autre nom donné au pair-aidant dans la littérature scientifique française)

La licence et le mandat (E. Hughes)

Par l'introduction des notions de licence et de mandat, Hughes met en avant la manière dont les professionnels conservent le monopole de leur activité. Par licence, est entendue l'autorisation légale d'exercer un travail. Quant au mandat, « il renvoie à la mission spécifique dévolue au groupe par la société » (Vezinat, 2016, p. 38).

Selon la pensée interactionniste, c'est de l'interaction entre individus exerçant la même activité et de leur volonté de défendre les avantages acquis qu'est issu le groupe professionnel. Hughes, pour contextualiser les notions de licence et de mandat en ce sens :

On peut dire qu'un métier existe lorsqu'un groupe de gens s'est fait reconnaître la licence exclusive d'exercer certaines activités en échange d'argent, de biens ou de services. Ceux qui disposent de cette licence, s'ils ont le sens de la solidarité et de leur propre position, revendiqueront un mandat pour définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail. [...]

Licence et mandat constituent les manifestations premières de la division morale du travail, c'est-à-dire des processus de répartition des fonctions morales entre les membres de la société, individus ou catégories d'individus. La notion de « mandat » revient pour la profession à se considérer comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes, des politiques publiques qui s'y rapportent. Le mandat suppose donc une tension entre la spécialisation (des savoirs, des actes, des services) des professionnels et l'intérêt général de cette spécialisation (son utilité sociale). (Hughes, 1996, p. 99-110, cité dans Vezinat, 2016, p. 39-40)

Dans ce processus de professionnalisation, les pairs-aidants revendiquent, en plus de la reconnaissance de leur savoir expérientiel, une autre volonté :

Changer les postures des professionnels de santé serait donc une mission essentielle des MSP (i.e. pairs-aidants). L'espoir de parvenir à une relation plus égalitaire entre les soignants et les soignés est également omniprésente dans le mouvement du rétablissement. Le MSP peut ainsi « incarner » ce concept pour les professionnels de santé. (Sedan & al. 2022, p. 288).

Telle est donc, au sens de Hughes, le mandat de ce nouveau groupe professionnel. Les détracteurs de ce mouvement de professionnalisation, quant à eux, estiment qu'ils ont le droit de remettre en question ce nouveau métier car « si la société leur donne demain un mandat pour exercer cette profession, il est justifié de savoir quelles conditions seront exigées » (Bonnet, 2020, p. 32). Car en plaidant pour un système de soins plus égalitaire, les ex-usagers s'attaquent « à une frontière symbolique puissante, celle qui sépare la normalité de la pathologie » et « à la force de l'opposition profane/professionnel qui est propre au monde social de la santé » (Demailly, 2014).

En ce faisant, ils (les pairs-aidants) participent à construire le système de santé et la démocratie sanitaire dont le projet est celui d'une démocratie vivante, appelée à se transformer sous l'effet des pratiques et qui répond à un besoin profond de démocratisation de la société. (Gross & al., 2016).

Ce rapprochement avec le principe de démocratie n'est pas sans rappeler l'approche par les capacités d'Amartya Sen dans laquelle le citoyen émancipé, libre de ses choix, acquiert le pouvoir de participer à la société.

La licence telle que décrite par Hughes est l'élément encore parfois manquant, souvent flou pour asseoir la légitimité du pair-aidant. Nous le verrons, la formation en pair-aidance bien que plus aboutie au Québec qu'en Belgique, reste le sujet de nombreux débats institutionnels. Alors que la licence « en construction » désavantage le pair-aidant dans sa quête de reconnaissance, celle des professionnels de santé est instaurée et respectée depuis longtemps et n'est absolument

pas remise en question. Ces corps professionnels sont composés de « professionnels dont la légitimité repose en grande partie sur leur lien à la science et sur leur formation » (Gross & al, 2016).

Les pairs-aidants se dotent donc d'un mandat qui pourrait presque être qualifié de révolutionnaire : faire bouger des frontières dont les fondations sont profondément ancrées dans la culture professionnelle, sociale et morale. Cependant, l'obtention d'une licence n'est pas encore aboutie, par manque de cohérence et d'uniformisation sur les scènes nationales. Or, selon Hughes, c'est bien par la revendication d'un mandat et l'acquisition d'une licence que le groupe professionnel peut garder la main sur tâche qui est valorisée (Vezinat, 2016, p. 38).

L'identité professionnelle (C. Dubar)

La division du travail peut s'opérer depuis l'intérieur même du groupe professionnel. L'appartenance au groupe par le partage d'un mandat commun, et la reconnaissance du savoir, via une licence permet aux professionnels de se forger une identité, une identité professionnelle. Au sein d'un groupement, plusieurs identités professionnelles peuvent se côtoyer. De ce fait, ces identités peuvent caractériser différemment l'activité : chacune de ces définitions contribue alors à imposer des mandats distincts. D'après Vezinat (2016, p. 40-41), « la manière dont les professionnels apprennent les règles d'activités, normes et croyances propres à leur groupe professionnel joue un rôle dans le développement des identités au travail et des mandats défendus par le groupe ». C'est ainsi que Claude Dubar, sociologue français, s'est intéressé à la question des modes de construction identitaire qui résultent des transformations du monde du travail. Il distingue quatre formes identitaires qui émergent de ces mécanismes de socialisation. Elles sont reprises dans l'encadré ci-dessous.

L'identité d'entreprise correspond à un processus de promotion et d'engagement de l'individu dans son entreprise. La progression interne y est encouragée.

L'identité catégorielle (ou identité de métier) renvoie à un collectif préexistant, le métier, vis-à-vis duquel l'individu développe un sentiment d'appartenance communautaire et une volonté de progresser. Le premier cadre de structuration n'est alors plus l'entreprise mais le métier ou la fonction exercée.

L'identité menacée (ou hors travail) se développe quand le travail ne fournit pas de ressource identitaire : l'individu est pris dans un mécanisme de marginalisation ou d'exclusion, une rupture qui prend la forme d'un conflit entre l'identité forgée par l'individu et celle qui lui a été attribuée par l'institution de travail.

L'identité incertaine (ou identité de réseau) apparaît dans un processus de « conversion » : l'identification nouvelle de l'individu implique alors une rupture du fait d'un projet qui nécessite la coopération avec les membres d'un « réseau » constituant l'espace d'identification.

Figure 9. Les quatre formes identitaires pour Claude Dubar (Vezinat, 2016, p. 41)

La professionnalisation des pairs-aidants étant en pleine construction, leur identité, d'après la catégorisation de Dubar, serait de nature incertaine. Les pairs-aidants sont actuellement inscrits dans une phase où leur intégration dans les équipes de soins est étudiée. Ce serait donc au contact de ces autres identités professionnelles (soignants, assistantes sociales, etc.) que se forge celle des pairs-aidants.

Cependant, l'étape précédant l'arrivée dans les équipes de soins est celle de la formation. Et d'après Paradeise (2003, cité dans Gross & al. 2016) :

La question se pose encore de savoir si les formations doivent être identiques pour les soignants et les PI (patients-intervenants, i.e. pairs-aidants), d'autant que le temps de la formation est un temps privilégié pour la construction d'une identité professionnelle et que celle des PI est tout entière à construire.

À l'issue de la formation,

Le pair-aidant certifié est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue 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. [...] le pair-aidant ne s'engage pas dans une relation d'entraide ou d'amitié mais dans un accompagnement

de la personne et utilisera son vécu comme outil d'intervention dans le seul but de l'aider et donc, de ne pas l'assaillir avec ses propres problèmes ou questionnements. (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 756)

Le pair-aidant est donc un ex-usager des soins de santé mentale qui mobilise son expérience de vie pour encourager, avec l'équipe soignante, le rétablissement de l'individu en difficulté. Mais ce savoir expérientiel, qualification singulière, induit la superposition de l'identité professionnelle et de l'identité personnelle du pair-aidant ou encore, l'identité de professionnel du secteur médicosocial et celle d'usager (ou ex-usager) de la psychiatrie (Sarrandon-Eck, 2012, p. 188-190). Il se définit lui-même comme étant le lien, le relais, le facilitateur ou encore l'intermédiaire « dans la création, la restauration ou le renforcement de relations entre, d'une part, les personnes souffrantes (qu'elles soient en demande de soins ou non, qu'elles soient usagères ou non des services de soins psychiatriques) et, d'autre part, les soignant » (Sarrandon-Eck, 2012, p. 189). Le présupposé de base étant « la méconnaissance réciproque de chaque monde » (Sarrandon-Eck, 2012, p. 189). C'est ainsi que les pairs-aidants se considèrent souvent comme des traducteurs. Le « bilinguisme » des pairs-aidants étant régulièrement relevé dans la littérature et qui signifie « la capacité à traduire le langage médical, pouvant être trop technique, à l'usager » (Sedan & al. 2022, p. 288). Mais la traduction va également dans un autre sens : du pair-aidant aux soignants. Le pair-aidant peut mettre en lumière les paroles ou le comportement d'un usager et en donner l'explication aux soignants. De même, il peut également interroger les soignants sur l'utilisation d'une pratique (isolement par exemple) et pousser l'équipe à la réflexion, toujours dans l'optique de ce qui est le plus bénéfique pour l'usager.

Pour les pairs-aidants intégrés dans les équipes de soins, il apparaît que malgré l'appartenance à ce groupe, « certains d'entre eux se positionnent *d'abord* au service des usagers, et *après* au service des soignants » ((Sarrandon-Eck, 2012, p. 189). Le pair-aidant compose donc avec un positionnement qui s'avère mobile selon les situations et qui génère des tensions et des difficultés. Dans sa pratique quotidienne, le pair-aidant exprime la complexité de « tenir sa place de pair afin de maintenir les liens de confiance et craint parfois d'être "instrumentalisé" par le système » (Sarrandon-Eck, 2012, p. 190). En effet, la présence de pairs-aidants dans les équipes de soin a, pour la structure de soins, une certaine « valeur d'exemplarité dans la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale » (Sarrandon-Eck, 2012, p. 192).

PARTIE VI. De la formation des pairs-aidants à leur intégration dans les équipes soignantes

Après avoir décrit la pair-aidance de manière générale ainsi que les concepts-clefs de la sociologie interactionniste, ce point va mobiliser ces acquis afin d'observer les pratiques en cours en Belgique et au Canada. L'analyse va s'arrêter sur cinq points de comparaison : un point sur d'éventuels objectifs nationaux liés à la pair-aidance, les parcours de formation à la pair-aidance, l'arrivée de ce nouveau type de professionnels au sein des équipes soignantes, les caractéristiques du travail de pair-aidant et la situation actuelle. Ces axes de lecture permettront alors de dresser un tableau comparatif qui, de manière plus visuelle, illustrera les tendances observées dans chaque pays.

La pair-aidance en Belgique

En raison de sa configuration politique particulière, la Belgique n'est pas uniforme dans tous les domaines de la société. La pair-aidance n'échappe pas à ce particularisme et des différences sont observées selon la région étudiée. Afin de maintenir une cohérence à la fois qualitative, quantitative et même rhétorique, nous nous intéresserons à ce qui est mis en place à Bruxelles et en Wallonie.

Des objectifs nationaux en termes de pair-aidance ?

La mise en place d'un modèle de travail en réseau et d'équipes mobiles sont les grands objectifs de la Réforme Psy107. Le terme n'apparaît jamais dans ce projet « pour de meilleurs soins de santé mentale ». Le seul rapprochement qui peut être fait avec la pratique de pair-aidance est la volonté exprimée de faire participer davantage l'utilisateur dans son rétablissement et de le doter d'empowerment. Pour cela, la Réforme encourage les usagers et leurs proches à coconstruire des programmes d'aide. Plus de dix ans plus tard, « force est de constater que l'intégration des usagers et de leurs proches dans l'organisation et la pratique des soins reste problématique » (Waha, 2021, p. 57). Des fédérations d'associations telles que Psytoyens et Similes sont impliqués dans la mise en place et le déroulement de cette Réforme. Notamment en formulant des recommandations vers les décideurs politiques (Dujardin & Jamouille, 2017, p. 3). Parallèlement, des espaces associatifs (En Route, Le Funambule, etc.) initiés par des usagers sont actifs et s'impliquent dans une amélioration continue des soins de santé mentale.

La formation

En Belgique, il existe des formations liées à la participation des usagers et ce, depuis plusieurs années. Aucune d'elles cependant ne « recouvrent la palette des missions de la pair-aidance » (Dujardin & Jamouille, 2017, p. 5).

En Flandre, des formations sont dispensées depuis longtemps au sein même d'ASBL (Association sans but lucratif) et le sont également en Hautes-Ecoles depuis 2011. Contrairement à ses voisins du nord du pays, Bruxelles et la Wallonie sont à la traîne en termes de formation à la pair-aidance. Il faudra en effet attendre 2016 pour que soit ouverte la première session de la formation « pair-aidance : santé mentale et précarité », organisée par le Service des Sciences de la Famille de l'Université de Mons (UMons). Ce programme est proposé grâce à différents subsides dont le Fond Social Européen, la Commissio communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (COCOF) ou encore la Fondation Roi Baudoin) et est depuis, organisée chaque année.

Concrètement, la formation est gratuite et est dispensée une fois par semaine sur une période de six mois. La pédagogie de la formation se veut participative : chacun se présente avec son expérience de vie mais aussi avec ses questions et ses envies. Les modules de formation sont enrichis par les interventions des apprenants et supervisés par un intervenant psychosocial et un animateur. Le savoir est donc coconstruit, *a posteriori*. Pour aborder un aspect plus pratique, proche du terrain, les pairs-aidants en devenir peuvent réaliser un stage dans une structure psychosociale afin de poursuivre ou développer un projet d'aidance (Dujardin & Jamouille, 2017, p. 10).

Même si la formation est dispensée dans un cadre universitaire, on ne peut pas la qualifier d'académique. En effet, la pédagogie participative « n'est pas axée sur l'acquisition d'un savoir académique, mais sur la coconstruction de savoirs » (Waha, 2021, p. 61). Par ailleurs, l'accessibilité à la formation n'est pas régulée comme elle le serait pour tout autre cursus universitaire : « elle n'impose pas d'être en possession d'un diplôme de l'enseignement supérieur » (Waha, 2021, p. 61).

La conséquence est que la formation ne donne droit qu'à une attestation de participation.

L'absence d'un diplôme reconnu, validant un socle de compétences bien définies,

constitue actuellement l'un des obstacles majeurs pour les pairs-aidants dans leur quête de légitimité, sur un plan individuel, mais aussi sur le plan de la profession qui se construit. (Waha, 2017, p. 61)

L'arrivée dans les équipes soignantes

L'intégration dans une équipe de soins n'est pas le seul fait du stage proposé durant la formation. Nombreux sont les ex-usagers qui, en tant que bénévoles ou volontaires, pratiquent des activités centrées sur l'aide (Dujardin & Jamouille, 2017, 11).

Dans leur étude, Debruyne et al. (2020) se sont penchés sur l'intégration des pairs-aidants dans les unités de soins de santé mentale en Belgique francophone. Ils ont envisagé les résistances des pairs-aidants mais également celles des soignants. Pour les premiers, la crainte d'une rechute et d'un taux d'absentéisme élevé est relevée. De façon assez surprenante, les pairs-aidants belges interrogés dans cette analyse se sont exprimés sur l'appréhension que revêt pour eux l'obtention d'un statut légal. Ce statut ne serait pas « la réponse à toutes les résistances à l'intégration » (Debruyne & al., 2020, p. 71), pourrait être un outil institutionnel pour les formater et donc, les éloignerait de leur identité particulière. De plus, certains pairs-aidants reconnaissent la difficulté d'adopter la bonne distance avec l'utilisateur et dénoncent une certaine solitude de par la nature de leur fonction. Du côté des soignants, plusieurs types de résistance sont mis en évidence dont le manque de clarté du rôle de pair-aidant, une méfiance liée aux compétences de ces nouveaux professionnels mais également la crainte de perdre son emploi. Cette dernière est le fruit de difficultés connues dans les soins de santé en termes de financement du personnel. L'arrivée de pair-aidant laisse penser que l'infirmier ou l'aide-soignant est facilement « remplaçable ». Mais en tant que soignant avant tout, les répondants confient qu'ils ressentent une certaine inquiétude à l'idée de devoir collaborer avec une personne présentant une fragilité psychique.

Que ce soit du côté du pair-aidant ou de celui du soignant, le discours tend à démontrer que chacun conserve des *a priori*, de manière réciproque. Il apparaît alors clairement que la clef pour une intégration réussie réside dans la préparation des équipes soignantes à l'arrivée des pairs-aidants. C'est ainsi qu'est né le projet PAT (Peer And Team support), dont la mission est décrite ci-dessous.

Son objectif est d'offrir un accompagnement sur l'ensemble du processus d'un pair-aidant. [...] Tout ce travail part de la réalité des équipes demandeuses. À travers des immersions et la mise sur pied d'un groupe de travail interne, il est possible d'explorer les craintes et représentations qui émergent naturellement, d'identifier plus précisément les lieux, moments et tâches qui permettraient à un pair-aidant d'apporter une réelle plus-value pour les personnes accompagnées et pour les travailleurs eux-mêmes dans l'exercice de leurs fonctions. » (Waha, 2021, p. 62).

L'intégration du pair-aidant sera d'autant plus facilitée si l'équipe est préparée et que l'institution tout entière est déjà impliquée dans une philosophie orientée vers le rétablissement.

Le travail du pair-aidant

Le travail du pair-aidant est caractérisé par sa diversité. La multiplicité de ses tâches est notamment fonction de l'environnement institutionnel et du contexte professionnel qu'il intègre. La littérature regorge de profils de fonction plus ou moins aboutis mais il n'existe pas de canevas strictement défini. Dans le cadre de cette étude, nous nous saisissons des catégories de rôles développées par Stéphane Waha (2021). Elles sont au nombre de quatre :

- Un premier rôle est celui de « **créateur de lien** », le travail d'un pair-aidant se basant sur la relation qu'il peut établir avec un pair. [...] La relation est largement fondée sur la reconnaissance mutuelle, souvent spontanée. Il n'est point besoin de partager la même pathologie pour entrer en relation ;
- Un deuxième rôle est celui de « **soutien** » émotionnel et social. En validant la personne dans sa souffrance et en l'accueillant, le pair-aidant apporte un soutien direct. Le pair-aidant peut l'aider à formuler ses besoins afin d'obtenir un suivi de qualité dans lequel elle est pleinement actrice de son parcours ;
- Un troisième rôle est celui de « **coach** » dans l'autogestion et le développement personnel. En repartant des forces de la personne en rétablissement, le pair-aidant peut travailler avec elle pour qu'elle puisse acquérir des connaissances, aptitudes, outils et

stratégies pour gérer au mieux les effets de la maladie et construire une vie épanouissante ;

- Le quatrième est celui « d'**aiguilleur** ». Par sa connaissance du réseau de soins et d'accompagnement social, le pair-aidant peut aider à orienter au mieux, à faciliter le recours aux soins et l'exercice des droits et à tirer parti des ressources dans la communauté.

Cependant, cette pluralité des rôles laisse à penser que chaque pair-aidant aura sa propre pratique de la pair-aidance.

La pair-aidance aujourd'hui et sa professionnalisation

Pour consolider la quête de reconnaissance des pairs-aidants en Belgique, une fédération professionnelle, qui développe son réseau, a été créée en 2014. L'asbl En Route « fait la promotion de la pair-aidance et fédère les pairs-aidants actifs en Belgique francophone » (Waha, 2017, p. 61). La fédération compte une trentaine de membres. Au sein d'un groupe de travail fédéral, l'asbl En Route traite des questions de statut et de financement de la pair-aidance. Par ailleurs, un groupe de travail du SPF Santé Publique « a été mis sur pied pour explorer l'apport de l'expertise du vécu et faire des recommandations » (Waha, 2021, p. 61) et d'ajouter que :

À défaut de statut conçu par les autorités fédérales, les employeurs et les pairs-aidants peuvent se tourner vers les récentes décisions des autorités régionales. À la mi-2019, la Flandre a introduit une définition d'expert du vécu et d'expertise du vécu dans son décret de réforme des soins de santé mentale. En Wallonie, une telle traduction dans un texte légal n'est pas à l'ordre du jour. La Région de Bruxelles-Capitale, quant à elle, à travers la Commission communautaire commune (Cocom), a inscrit la pair-aidance dans sa déclaration politique régionale pour la prochaine législature, ce qui permet de soutenir des projets spécifiques comme l'asbl En Route et le projet Peer And Team support (PAT).

La pair-aidance en Belgique tend donc à se faire connaître. Les initiatives sont nombreuses et mobilisent tout à la fois des pairs-aidants, des usagers, des soignants, les milieux associatifs et institutionnels, etc. Mais d'après Waha (2021, p. 63) :

Pour rendre pérenne l'implication des usagers en tant que pair-aidant et, plus largement travailler à la réforme du système de santé mentale, les pouvoirs publics pourraient intégrer la notion du rétablissement dans les textes légaux qui balisent l'action sociale et la santé.

La pair-aidance au Canada

Afin d'ajuster la focale pour obtenir la vision la plus précise possible, il a déjà été mentionné que la présente analyse se concentrerait sur la seule Province du Québec (le Canada étant très nuancé politiquement, linguistiquement et géographiquement).

En 1997, le Québec introduisait déjà le thème du rôle des usagers comme « pourvoyeurs de services en réadaptation psychosociale » via l'AQPR (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale). Cette première tentative d'éveiller l'opinion publique n'a pas eu la résonance escomptée et il faudra attendre presque dix ans pour que l'Association se lance à nouveau. En cela, elle publie, en 2006, un numéro sur « la participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale » (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 757). La publication et le colloque qui s'en est suivi – durant lequel a été invité Roy Muise, un pair-aidant reconnu de la Nouvelle-Ecosse – font l'unanimité. C'est réellement à partir de ce moment que la pair-aidance va trouver sa place dans les préoccupations du Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). La pair-aidance s'établit alors comme un réel enjeu de santé mentale au Québec.

Des objectifs nationaux en termes de pair-aidance ?

Le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010, outre les priorités mises sur l'importance d'un travail en réseau et de l'éducation thérapeutique, fixe des objectifs clairs en matière de pair-aidance. Elle prévoit « qu'ils (les services) verront à assurer la présence de pairs-aidant au sein de 30 % des équipes d'ici 5 ans » (MSSS, 2005, p. 51). Plus précisément, l'intégration des

pairs-aidants est envisagée dans des équipes de suivi intensif⁵ et d'intensité variable⁶. Cette inscription dans un texte politique va encourager la collaboration et la mise en place de formation à la pair-aidance.

La formation

Un an après le lancement du PASM 2005-2010, le Ministère en charge de sa mise en œuvre sollicite l'AQRP pour « l'élaboration d'un programme provincial de formation à l'intention des personnes utilisatrices de services en santé mentale désirant agir comme pair-aidant » (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 757). Pour cela, le MSSS et l'AQRP s'adjoignent la contribution de l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Québec (APUR). Une formation pour les utilisateurs de services est alors créée et soumise au palier gouvernemental régional (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 757).

Il faudra attendre 2008 pour que les premiers usagers intègrent la formation PAR (Pairs aidants réseau) de l'AQRP du Québec. Il s'agit d'une formation spécialisée en intervention par les pairs. *In fine*, il est attendu des pairs qu'ils « agissent à titre de spécialistes de l'entraide entre pairs » (St-Onge, 2021, p. 96). Pour intégrer le programme PAR, les candidats doivent présenter un diplôme d'études collégiales qui atteste qu'un étudiant a complété et réussi un programme de niveau post-secondaire visant un métier ou une profession. La formation n'est dispensée que par des pairs-aidants, sur un total de 105 heures en ce compris un stage et un séminaire d'intégration. Elle est appuyée par l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval et, étant reconnue par la Direction générale de la formation continue de l'Université Laval, donne droit à des unités de formation continue (AQRP, 2023). Entre 2008 et 2016, c'est un total de 146 pairs-aidants qui ont été formés et 136 d'entre eux ont été certifiés (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 758).

Par ailleurs, l'Université de Montréal, elle aussi, propose une formation. Il s'agit d'une formation axée sur le mentorat qui « consiste en un microprogramme universitaire de dix crédits

⁵ Le suivi intensif de type *Assertive community* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave dont la condition est instable et fragile. L'intervention soutenue en équipe interdisciplinaire est nécessaire pour le traitement de ces troubles et doit intégrer la participation d'un médecin (MSSS, 2005, p. 51)

⁶ Le soutien d'intensité variable de type *Case management* s'adresse aux personnes ayant un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. Dans ce cas, l'intervention vise surtout le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. L'intervenant qui offre un soutien d'intensité variable doit établir un lien basé sur la confiance et le respect avec la personne qui reçoit le service. (MSSS, 2005, p. 51)

(un crédit universitaire est égal à 15 heures de cours) s'étalant sur une session incluant un stage de trois crédits » (St-Onge, 2021, p. 96). Myreille St-Onge précise également :

Une particularité de ce programme, comme son nom l'indique, est que les futurs pairs-aidants mentors auront comme rôle d'enseigner à leurs pairs, dénommés « patients-apprenants », des stratégies pour favoriser leur rétablissement selon l'approche ETP (éducation thérapeutique du patient). Pour y être inscrit, le futur mentor doit avoir complété avec succès la formation du programme PAR. D'ailleurs, une pair-aidante certifiée de ce programme est coresponsable d'un cours de cette formation sur le mentorat. (2021, p. 96)

La formation québécoise en pair-aidance est donc reconnue et inscrite dans un cursus universitaire. Dès lors, les pairs-aidants sont détenteurs d'une licence (au sens de Hughes), si importante dans le processus de professionnalisation. Ils sont donc des professionnels dont les connaissances, le savoir et les compétences sont valorisés par un diplôme.

L'arrivée dans les équipes soignantes

Entre 2008 et 2016, à l'issue du programme PAR, ce ne sont pas moins de « 77 pairs-aidants qui ont intégré des emplois dans des services en santé mentale ou dans des domaines connexes à la santé mentale » (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 758).

Selon St-Onge, pour que l'intégration du pair-aidant dans les services de soins se fasse de la manière la plus optimale possible :

Il est primordial que l'équipe – et l'établissement – dans laquelle est inséré un pair-aidant soit orientée vers le rétablissement. Sinon, le pair-aidant aura la responsabilité d'introduire cette notion dans l'équipe et cela risque de créer des heurts, et un lourd fardeau pour celui-ci. Dans cette optique, il est nécessaire qu'une phase de préparation

soit préalable à l'arrivée du pair-aidant dans l'équipe pour que celle-ci puisse comprendre le rôle du pair-aidant et ainsi favoriser son intégration. (2021, p. 95)

Pour que l'équipe, et plus largement l'institution, soit dans les conditions les plus favorables à l'arrivée du pair-aidant, il peut être nécessaire de recourir à une personne qui les oriente vers la philosophie du rétablissement. C'est à l'intervenant pivot que le PASM 2005-2010 confie ce rôle. Voici la description qui en est donnée :

L'intervenant pivot (case manager) est la personne avec laquelle l'utilisateur de services crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. L'intervenant pivot est au fait des besoins de la personne, et il a une vue d'ensemble des services qu'elle reçoit ou pourrait recevoir. Compte tenu du nombre important de fournisseurs de services associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité.

Ni le Plan d'action en santé mentale, ni la littérature n'associent le rôle d'intervenant pivot et celui de pair-aidant mais la possibilité mérite d'être envisagée.

En 2010, l'AQRP a mené une recherche sur le processus d'intégration des pairs-aidants dans des équipes de santé mentale. Voici ce que Hélène Provencher, qui a contribué à la recherche, a mis en évidence :

- L'intégration du pair-aidant a des retombées positives sur les usagers, les pairs-aidants et la satisfaction à l'égard des services et des pratiques des intervenants.
- L'intégration du pair-aidant est structurée à partir d'une vision basée sur l'innovation et la normalisation.
- La phase de préparation est un gage de succès à l'intégration, notamment à l'égard de la clarté de l'apport spécifique du pair-aidant et du niveau de son intégration un an après son embauche.

- En ce qui concerne les pratiques orientées vers le rétablissement dans l'équipe, l'intégration du pair-aidant est freinée par des pratiques qui sont en émergence alors qu'elle est favorisée par des pratiques qui sont établies.
- Le savoir expérientiel, la proximité expérientielle et la proximité relationnelle de même qu'une attitude davantage centrée sur l'utilisateur et une plus grande compréhension empathique différencient le soutien orienté vers le rétablissement offert par le pair-aidant et celui offerts par les intervenants.
- Les stratégies de définition à l'égard du rôle et des tâches spécifiques du pair-aidant tendent à varier avec le temps et reposent sur des choix organisationnels.
- Le double rôle chez le pair-aidant représente une importante cible de supervision, notamment le départage entre le rôle d'ami et celui d'intervenant.
- La collaboration interprofessionnelle entre les intervenants et le pair-aidant représente un important enjeu lié au succès de l'intégration du pair-aidant. (Provencher & al., 2012, p. 1)

En raison d'un éveil général à la pair-aidance, les équipes soignantes québécoises semblent ouvertes à l'accueil de pairs-aidants en leur sein. Le nombre de pairs-aidants engagés dans les services de soins démontre le succès que rencontre cette pratique. Cependant,

On constate que le rôle des pairs-aidants est très proche de celui des professionnels, et le fait qu'on les dirige vers leurs services, par un médecin, dénote une certaine forme d'hierarchisation et de contrôle par le corps médical. On peut se demander si cela est compatible avec l'idée d'autodétermination des pairs-aidants et leur rôle spécifique d'entraide. (St-Onge, 2016, p. 95).

Est donc exprimée une crainte d'ordre institutionnel où le rapport de pouvoir dominerait le rapport de savoirs. Au moment où le gouvernement québécois a adopté ce Plan, des changements étaient déjà en amorce dans les services de soins de santé mentale. La volonté de repenser la santé mentale à travers les yeux de l'utilisateur, et avec lui, a permis une transition en douceur au sein des équipes de soins. Enfin, ce temps d'adaptation a aussi été celui d'un apprentissage réciproque du processus de rétablissement, indissociable de la pair-aidance.

Le travail du pair-aidant

Les rôles assignés au pair-aidant dépendent à la fois du contexte dans lequel il sera accueilli mais également du pair-aidant lui-même. En cela, le pair-aidant se verra confier des tâches qui pourront être variées et changeantes selon, notamment, le parcours de rétablissement de l'usager. Afin de garantir des services de qualité, le pair-aidant doit être en adéquation avec un certain nombre de valeurs dont la liste pourrait être modifiée ou élargie selon ce que chacun estime opportun. Ces valeurs de base sont :

- **Espoir et rétablissement** – reconnaître la puissance de l'espoir et l'effet positif d'une approche axée sur le rétablissement ;
- **Autodétermination** – avoir la conviction que chaque personne connaît instinctivement la voie menant vers le rétablissement qui lui convient le mieux et qui répond le mieux à ses besoins tout en reconnaissant que le choix de s'engager dans une relation de soutien par les pairs appartient au pair lui-même
- **Empathie et égalité** – admettre que la relation de soutien par les pairs (et tous ceux qui y participent) permette aux individus de tirer parti d'une relation de réciprocité et de la compréhension accrue découlant d'un vécu semblable ;
- **Dignité, respect et inclusion sociale** – reconnaître la valeur intrinsèque de toutes les personnes, sans égard à leurs antécédents, à leurs préférences ou à leurs circonstances ;
- **Intégrité, authenticité et confiance** – respect dans le cadre de chaque intervention de la vie privée, de l'obligation de fiabilité et de la déontologie ;
- **Santé et bien-être** – reconnaître tous les aspects d'une vie saine et enrichissante
- **Apprentissage tout au long de la vie et croissance personnelle** – reconnaître la valeur du savoir et changer et améliorer les perspectives pour tous.

La littérature, les associations et pairs-aidants eux-mêmes formulent une définition similaire du travail de pair-aidant⁷ mais il n'y pas de liste exhaustive ou non, des tâches qui seraient typiquement assignées et réalisées par le pair-aidant. Cependant, dans une publication datée de 2013, la Commission de la santé mentale du Canada énonce plusieurs principes « régissant la pratique du soutien par les pairs » que voici :

⁷ Voir la définition de pair-aidant certifié donnée par Cloutier et Maugiron à la page 55

- Reconnaître l'importance de l'approche d'une personne au rétablissement ; respecter le cheminement individuel vers le rétablissement; reconnaître le fait que les objectifs, les croyances et la voie choisie par le pair peuvent différer des siens.
- Honorer et encourager l'autodétermination en travaillant avec le pair à explorer et à créer des options au lieu de simplement donner des conseils ; fournir au pair les moyens de progresser dans son cheminement plutôt que de l'« aider » en le poussant à le faire.
- Axer l'intervention sur le pair plutôt que sur soi et entretenir une relation de pairs qui est ouverte et souple tout en étant disponible en cas de besoin dans la mesure du possible.
- Utiliser un langage axé sur le rétablissement et interagir d'une façon qui met l'accent sur le cheminement du pair vers une vie saine et enrichissante accordant une place à l'espoir au lieu d'accorder la prépondérance aux symptômes, aux diagnostics et à des objectifs qui ont été établis par quelqu'un d'autre que le pair.
- Communiquer des aspects de son vécu de façon utile pour le pair ; manifester de la compassion ; susciter l'espoir du rétablissement.
- Soigner son équilibre et être conscient de ses propres besoins pour protéger sa santé mentale tout en reconnaissant l'importance de la santé, de la croissance personnelle et de la résilience dans le cadre de la pratique du soutien par les pairs.
- Exploiter les aptitudes et les stratégies de communication interpersonnelle pour favoriser l'établissement d'une relation ouverte, honnête et non critique qui valide les sentiments et les perceptions du pair et qui est propice à un climat de confiance et d'ouverture.
- Autonomiser les pairs pendant qu'ils explorent les possibilités s'offrant à eux et découvrent la voie menant vers la santé et le bonheur avec l'objectif final d'aider les pairs à se passer de la relation de soutien par les pairs.
- Respecter les diverses interventions positives pouvant contribuer à promouvoir le rétablissement.
- Respecter les limites professionnelles de tous les intervenants au moment d'examiner avec le pair la façon dont il peut interagir avec d'autres spécialistes en cas de problèmes ou de préoccupations.
- Collaborer avec les partenaires, les fournisseurs de services et les autres intervenants de la collectivité ; faciliter l'établissement de liens ; diriger au besoin les pairs vers d'autres ressources.
- Connaître ses limites personnelles, en particulier en situation de crise ; demander au besoin de l'aide (en privilégiant la collaboration).
- Respecter des normes déontologiques élevées et se fixer des limites personnelles en ce qui touche les cadeaux pour éviter les relations inappropriées avec les pairs (p. ex. relation amoureuse ou sexuelle) ou les autres interactions ou activités susceptibles de causer du tort au pair ou à l'image du soutien par les pairs.
- Participer aux activités de croissance et de perfectionnement personnels pour acquérir ou perfectionner des compétences pouvant être utiles dans son travail de pair aidant.

Figure 10. Les principes régissant la pratique de soutien par les pairs (Sunderland & Mishkin, 2013, p. 19-20)

La pair-aidance aujourd'hui et sa professionnalisation

Le Québec continue aujourd'hui sur sa lancée en matière d'innovations en santé mentale et d'inclusion des pairs-aidants dans les services de soins.

Pour son premier numéro de l'année 2023, le magazine *le partenaire* (publié par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale) consacre l'entièreté de ses 220 pages à la pair-aidance. C'est l'occasion de revenir sur des enjeux au cœur de l'actualité comme la formation ou la professionnalisation des pairs-aidants, au Québec et ailleurs. On apprend ainsi qu'au 30 mai 2022, et depuis sa création en 2007, le programme PAR a formé un total de 276 personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale et 260 ont réussi la formation et ainsi obtenu leur diplôme de pairs-aidants certifiés (AQRP, 2023, p. 40).

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 a été un succès concernant l'intégration des pairs-aidants. En cela, le Plan suivant, 2015-2020 a réitéré l'objectif d'intégrer « des pairs-aidants dans 30 % des équipes de suivi d'intensité variable et même rehausser sa cible de 30 à 89 % dans les équipes de soutien intensif dans le milieu intensif et d'intensité variable » (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 758). Il apparaît clairement que « le mouvement d'embauche est continu et irréversible » (Cloutier & Maugiron, 2016, p. 758). Cela se confirme dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2020-2025 du MSSS. Dans cette volonté politique :

La pratique de la pair-aidance est reconnue et constitue une des mesures proposée. Elle s'ancre tout à fait dans les orientations prescrites et s'ouvre même sur des déclinaisons possibles, telles que la pair-aidance famille ou son adaptation dans le milieu de la dépendance. (AQRP, 2023, p. 40)

Le succès de l'expérience québécoise n'est pas, pour les acteurs de la pair-aidance, une raison de se satisfaire. Par-delà l'obligation que des pairs-aidants soient engagés dans des structures de soins, l'accent est maintenant mis sur la promotion des avantages liés à l'intégration des pairs-aidants. En premier lieu, ce sont donc les milieux d'accueil des pairs-aidants qu'il faut conscientiser à ces bénéfices. En amont, il est nécessaire que l'intérêt ait été suscité par des moyens de communication, de promotion et d'information.

Il fallait à la fois sensibiliser et former les milieux d'accueil de ces futurs intervenants, revoir les structures organisationnelles, les politiques de gestion, la culture et les pratiques de l'organisation, de même qu'il fallait prévoir des débats sur les questions éthiques. (AQRP, 2006)

Avec quelques années de recul, l'AQRP a également mis en place un comité de révision de la formation PAR. Ce groupe de travail vise à améliorer la formation proposée, répondant ainsi à des propositions faites par les pairs-aidants et les gestionnaires qui les embauchent.

En 2021, des données sociodémographiques ont été révisées afin de dégager les facteurs qui, selon les pairs-aidants, sont en faveur d'une bonne intégration dans les équipes. Ils sont au nombre de trois :

1. L'importance que les gestionnaires croient réellement au potentiel ou à la capacité du pair-aidant (en lui octroyant du temps de discussion et de la latitude, en lui faisant confiance) ;
2. Le fait de se sentir vraiment un membre de l'équipe, comme lorsque les collègues posent des questions ou s'offrent pour aider ;
3. L'attitude positive du pair-aidant comme gage de réussite. (AQRP, 2023, p. 51)

Parmi les difficultés rencontrées lors de l'intégration, l'on peut citer le roulement du personnel qui leur attribue une surcharge de travail. Mais de manière globale, les pairs-aidants sont très satisfaits de leur travail au sein des équipes. Ils expriment alors des recommandations en vue d'une conception toujours plus aboutie de la pair-aidance.

Sur base de ces dernières observations, il ne fait que peu de doute que la pair-aidance est un projet en continuelle évolution. Pratique novatrice et controversée à ses débuts, la pair-aidance tend à prendre une place prépondérante dans le système de soins de santé mentale québécois. La voie de la professionnalisation demeure un chantier pour lequel il faudra œuvrer en vue de pérenniser la pratique et légitimer ces nouveaux professionnels du paysage sanitaire.

Conclusion

Les observations faites suite à l'analyse du parcours du pair-aidant, de sa formation à son intégration dans les services de santé mentale, en Belgique et au Canada, permettent de se rendre compte que les deux pays n'avancent pas au même rythme. Alors que le Pacte québécois intégrait déjà la pair-aidance dans ses objectifs à moyen et long terme, la réforme belge Psy107 n'en fait pas mention. En outre, cette longueur d'avance permet, au Canada, aux mentalités professionnelles et associatives, d'être mieux préparées à l'arrivée des pairs-aidants dans leurs équipes. Un autre facteur qui permet cette intégration favorable, c'est la reconnaissance du savoir expérientiel par un diplôme universitaire (même si d'autres compétences sont évaluées durant la formation). La seule formation existante en Belgique ne délivre qu'une attestation, qui n'a malheureusement que peu de valeur sur un marché du travail toujours plus compétitif.

C'est ainsi que la vision de la pair-aidance comme nouvelle profession naît peu à peu dans les esprits. Même si des formations se mettent en place et que certains pairs-aidants sont engagés dans les services de soin, ni la Belgique, ni le Canada ne leur confèrent de véritable statut. Plusieurs chercheurs, dont Myreille St-Onge (2021) préconise d'ailleurs que la pair-aidance reste aux mains des structures associatives et que la mise en place des pairs-aidants soit de leur seul ressort.

Nous pouvons conclure avec ces mots de Lise Demailly (2014) au sujet de la professionnalisation :

Il m'apparaît que la professionnalisation d'un rapport créatif à la domination ne peut s'opérer dans le seul langage de la compétence ou de la qualification. La mise en forme des ressources professionnelles spécifiques de tels travailleurs intègre obligatoirement, sauf à renier leur spécificités, au-delà de compétences, progressivement formalisées, d'origine expérientielle ou non, liées à la formation universitaire, à l'histoire de la vie ou à l'expérience des interactions au travail, des postures éthiques et politiques, militantes si l'on veut, communes au groupe élargi de la pair-aidance, autour de la lutte contre la domination et de la valeur de l'émancipation, ainsi que quelque chose que l'on

pourrait nommer (mais qui reste à décrire), des *styles personnels* de travail avec autrui, dont la singularité, liée à une certaine expertise personnelle de la conduite de soi, ne pourrait être gommée sans entrer en contradiction avec les objectifs mêmes de la fonction.

POINTS DE COMPARAISON	BELGIQUE	CANADA
OBJECTIFS NATIONAUX	Pas mentionnés dans la Réforme Psy107	Le PASM 2005-2010 inscrit l'objectif de l'engagement de pairs-aidants au sein de 30 % des équipes. Idem dans le Plan 2015-2020.
FORMATION	Une seule formation donnée par l'UMons. Bien que dispensée dans un cadre académique, la formation ne délivre qu'une simple attestation. Aucun prérequis nécessaire à l'admission.	Le programme PAR a été mis sur pied par l'AQRP propose une formation certifiante. À l'issue de celle-ci le pair-aidant obtient un diplôme. Par la suite, il peut suivre le cursus de mentorat donné à l'Université de Montréal. Il doit avoir accompli le programme PAR au préalable. Pour s'inscrire au programme PAR, l'apprenant doit fournir la preuve d'obtention d'un diplôme d'études collégial.
ARRIVÉE DANS LES ÉQUIPES SOIGNANTES	Les équipes sont bien souvent peu préparées à l'arrivée de pairs-aidants. Or, une bonne préparation est essentielle. Le projet PAT propose de suivre les équipes avant et après l'intégration. Il faut, en amont, que l'équipe et plus largement l'organisation, soit inscrite dans la philosophie de rétablissement. Auquel cas, des résistances, tant du chef des pairs-aidants que des soignants pourraient être observés.	La pair-aidance est une pratique connue depuis des dizaines d'années. Les équipes se montrent ouvertes à l'engagement des pairs-aidants. La plus-value de leur travail n'est plus à prouver.

TRAVAIL DU PAIR-AIDANT	L'importance du lien est mise en évidence. Tout le travail du pair-aidant se fait en cohérence avec le processus de rétablissement et la volonté d'acquérir plus d'<i>empowerment</i>. Les tâches sont multiples et dépendent du contexte dans lequel le pair-aidant est intégré. À chaque pair-aidant sa pratique.	Le pair-aidant est considéré comme un professionnel qui contribue au suivi de l'usager et à son éducation thérapeutique. Tout le travail du pair-aidant se fait en cohérence avec le processus de rétablissement et la volonté d'acquérir plus d'<i>empowerment</i>. Les tâches sont multiples et dépendent du contexte dans lequel le pair-aidant est intégré. À chaque pair-aidant sa pratique.
PAIR-AIDANCE AUJOURD'HUI ET PROFESSIONNALISATION	La pair-aidance tend à se faire connaître et reconnaître. L'asbl En Route, agit comme une fédération professionnelle et compte une trentaine de membres. Le pair-aidant n'a toutefois pas de statut clairement défini. Des groupes de travail sont créés pour inscrire la pair-aidance, au niveau fédéral, dans de futures politiques de santé mentale.	Les formations en pair-aidance sont sans cesse améliorées pour contribuer à la professionnalisation et à la reconnaissance du travail de pair-aidant. Le pair-aidant n'a toutefois pas de statut clairement défini. Le Plan d'action en santé mentale 2020-2025 encourage encore la pair-aidance et ses déclinaisons.

Tableau 1. La pair-aidance en Belgique et au Canada.

Ce travail avait pour ambition de démontrer les liens qui unissent la pair-aidance – dans sa conception et sa pratique – avec l’approche par les capacités (AC) d’Amartya Sen. Tout au long de l’analyse, il est apparu que ces deux notions se répondaient jusqu’à une certaine cohérence.

La pair-aidance étant un sujet encore très « jeune » dans la littérature scientifique mais également dans le milieu des soins de santé mentale. Quelques années de recul seraient nécessaires pour mieux encore appréhender cette thématique qui fait figure d’innovation dans le domaine. Par ailleurs, la littérature qui alimente ce sujet est très abondante. Il est intéressant de noter que les articles sont signés par des auteurs aux profils variés : des sociologues, des médecins, des pairs-aidants ou encore des chercheurs. Au Canada, il existe pléthore d’études et de recherches relatives à la pratique, ce qui fait plutôt défaut en Belgique. En effet, la pair-aidance n’y est encore qu’émergente même si se faisant tout doucement connaître. À elle seule, la pair-aidance est donc un terrain de recherche très excitant pour un chercheur. Nous n’assistons là qu’aux prémices de ce tournant à la fois politique, social et professionnel.

Cela n’est pas le cas de l’approche par les capacités. Déjà, Amartya Sen lui-même a été très souvent repris. L’approche par les capacités, née dans une vision économique a été réinterprétée, encore et encore. C’est d’ailleurs un reproche qui pourrait lui être fait : une notion un peu fourre-tout. D’ailleurs, l’AC est traitée par de très nombreux auteurs, la présente bibliographie le démontre. Il existe finalement peut-être plus d’articles sur l’approche par les capacités signés par d’autres que par Amartya Sen lui-même. Malgré ce défaut que certains détracteurs pointent du doigt, cette malléabilité qui définit l’approche par les capacités permet au chercheur de s’en saisir et de la transposer dans sa perspective. C’est ce qui a été fait ici avec la pair-aidance.

Pour rappel, la question de recherche était : *En quoi la pratique de pair-aidance dans les soins de santé mentale, en Belgique et au Canada, est-elle une mise en œuvre de l’approche par les capacités (AC) d’Amartya Sen ?* La réponse est multiple car l’AC est en elle-même plurielle.

Après avoir présenté les concepts qui sont au cœur de l’approche par les capacités et ensuite, la pair-aidance, il convient de constater qu’il y a de nombreuses similitudes. La pair-aidance est

profondément inscrite dans la philosophie du rétablissement. Ce processus est semblable, dans cette situation, aux capacités. L'une et l'autre renvoient au besoin de liberté de chaque individu, l'une et l'autre ambitionnent de renforcer l'empowerment, l'une et l'autre ont pour vocation de permettre une existence juste et de valeur, etc. La liste des ressemblances est longue et ce travail en a donné un aperçu.

De plus, une large partie de cette analyse s'est penchée sur la professionnalisation de la pair-aidance. Là encore, l'AC fait écho. Si on envisage la professionnalisation comme un moyen, notamment, d'acquérir l'empowerment et la capacité de faire de choix, alors, c'est bien de capacités dont il est question.

Parce que ce mémoire était tenu à des consignes académiques, il a fallu opérer des choix « stratégiques » entre ce qui était le plus relevant et ce qui l'était moins. C'est donc une limite qui a été imposée à ce travail. Tout comme le fait qu'il se situe dans un angle de comparaison. En effet, la recherche de données empiriques dans le sens de la conduction d'entretiens, de complétion de questionnaires ou d'enquêtes sur le terrain, n'était pas l'objectif premier de cette analyse. Ce qui nous amène aux conclusions de la comparaison entre la Belgique et le Canada.

En alimentant sans arrêt ce travail de nouvelles lectures, la grille d'analyse aurait été plus simple à élaborer en comparant la France (et non la Belgique) et le Canada. Cela aurait été le cas pour la pair-aidance mais également pour l'approche par les capacités. Beaucoup de chercheurs français, dont de nombreux sociologues, ont traité ces sujets en les remettant dans un contexte social. Il aurait donc été plus aisé de faire, par exemple, les liens avec l'acquisition de la citoyenneté ou la participation à une démocratie sanitaire. De même la sociologie interactionniste a plus de sources et de mises en pratique dans le milieu scientifique français.

Cette analyse a donc tenté de relever un défi : faire se rencontrer deux notions qui ne l'avaient pas encore été. La recherche est un apprentissage de longue durée mais ce travail a permis d'assouvir, en partie, une curiosité et de la laisser s'exprimer.

Nul doute que dans peu de temps, quand on s'intéressera à la rencontre entre la pair-aidance et l'AC, la problématique ne résidera non plus en l'absence de données mais en l'absence d'un regard novateur sur une thématique qui l'est tout autant.

Bibliographie

- AQRP. (2006). Participation grandissante des usagers au sein des services de santé mentale – Première partie : leadership et prestation de services. *le partenaire*, 14(1).
- AQRP. (2023). La pair-aidance au cœur du rétablissement. Ici, ailleurs et autrement. *le partenaire*, 28(1).
- Bénicourt, E. (2004). Contre Amartya Sen. *L'Économie politique*, 2004/3 (23), 72-84. DOI 10.3917/leco.023.0072
- Bonnet, C. (2020). Professionnalisation des pairs aidants: une impasse?. *Pratiques en santé mentale*, 66(3), 26-39. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0026>
- Bonvin, J-M. & Farvaque, N. (2004). *Une politique de la liberté*. Seuil.
- Brugère, F. (2013). Martha Nussbaum ou la démocratie des capacités. *La Vie des idées*, 19.
- Bryson, J., & Merritt, K. (2007). Le travail et le développement des capacités. *Formation emploi. Revue française de sciences sociales*, (98), 41-54.
- Cloutier, G. & Maugiron, P. (2016). La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92(9), 755-760. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545>
- de Nanteuil, M. (2016). *Rendre justice au travail*. puf.
- Debruyne, C., Donners, C., & Wyngaerden, F. (2020). " Intégration de la pair-aidance dans une unité de soins psychiatriques de Belgique francophone: Résistances des pairs-aidants et/ou résistances des équipes soignantes?. *Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain*. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:22857>
- Demilly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale. Une professionnalisation incertaine. *La nouvelle revue du travail*, (5). <https://doi.org/10.4000/nrt.1952>
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences et Actions Sociales*. 1, 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>

- Didry, C. (2011). Le travail comme « apport en capacité », la portée socio-historique de l'approche par les capacités d'Amartya Sen. *HAL open science*.
<https://shs.hal.science/halshs-00584416v2>
- Dissez, N. (2006). Qu'est-ce que la santé mentale ?. *Journal français de psychiatrie*, 27, 19-21. <https://doi.org/10.3917/jfp.027.0019>
- Dujardin, F. & Jamouille, P. (2017). La pair-aidance dans les domaines de santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. Apport, enjeux et formation. *L'Observatoire*. 5-9.
<http://hdl.handle.net/2078.1/193280>
- Durand, B. (2010). Doit-on professionnaliser les pairs-aidants ?. *Rhizome*, (40), 10.
https://orspere-samdarra.com/wp-content/uploads/2021/01/rhizome_40-7_durand.pdf
- Durand, B. (2019). Psychiatrie et santé mentale. *Perspectives Psy*, 58, 7-10. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2019581007>
- Durand, B. (2020). Les origines de la pair-aidance. *Pratiques en santé mentale*, 66(3), 6-13.
<https://doi.org/10.3917/psm.203.0006>
- Fleury, M. J., & Delorme, A. (2014). Présentation: Les réformes du système de santé mentale: finalité ou processus?. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 11-23.
<https://doi.org/10.7202/1025904ar>
- Gosselin, A. (1994). La notion de problématique en sciences sociales. *Communication. Information. Médias. Théorie*, 15(2), 118-143.
- Gross, O., Sannié, T., Traynard, P. Y., & Gagnayre, R. (2016). «Scientifiser son malheur»:. Discussion sur le caractère émancipatoire d'une formation de pairs-aidants dans l'éducation thérapeutique. *Recherches & éducations*, (16), 114-128.
<https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.3263>

- Guibet Lafaye, C. & Picavet, E. (2010, octobre). *Les indicateurs du bien-être (« au-delà du PIB ») et d'autres suggestions constructives*. [Table ronde]. Rencontre de l'Institut International de Philosophie, Paris. <https://hal.science/hal-00566306/document>
- Hautefeuille, M. (2021). Médiateur de santé publique, médiateur de santé pair, pair-aidant, patient expert ? Editorial. *Psychotropes*. 27, 5-9. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0005>
- Jacob, B., Macquet, D. & Natalis, S. (2016). La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *L'information psychiatrique*, 92, 731-745. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1550>
- Jouet, E. (2016). L'approche fondée sur le rétablissement : éducation diffuse et santé mentale. *Télémaque*, 111-124. <https://doi.org/10.3917/tele.049.0111>
- Julhe, S. (2016). L'approche par les capacités au travail : Usages et limites d'une économie politique en terre sociologique. *Revue française de sociologie*, (2), 321-352
- 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. *L'Information psychiatrique*, 5, 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>
- Maline, J., & Guérin, F. (2009). L'ergonome : organisateur du travail ou travailleur de l'organisation. *Actes du 44e Congrès de la Société d'ergonomie de langue française à Toulouse*.
- Marquis, N., & Susswein, R. (2020). «Rétablir par le réseau». Enjeux et tensions issus de la réforme des soins de santé mentale «Psy107» (Belgique). *SociologieS*, <https://doi.org/10.4000/sociologies.13711>
- Monnet, E. (2007). La théorie des « capacités » d'Amartya Sen face au problème du relativisme. *Tracé. Revue de Sciences humaines*. (12). 103-120.
- Nizet, J., Pichault, F. (2000). *Les pratiques de gestion des ressources humaines*. Seuil

- Paquette, M. (2020). *Capabilités et environnements capacitants*. Consortium national d'expertise en inclusion sociale & Association Côte-à-Côte et Centre de preuves – Société Inclusive.
- Pelletier, J.-F., D'Auteil, S., Ducasse, C. & Rodriguez del Barrio, L. (2014). Participation publique et participation des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : leur rôle de porte-parole. *Santé mentale au Québec*, 39(1). 175-193. <https://doi.org/10.7202/1025913ar>
- Provencher, H., Gagné, C., Legris, L., Harvey, D., & Lagueux, N. (2012). L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: Points de vue de divers acteurs. *Québec: Université Laval*.
- Quintin, J. (2016). Le rétablissement en santé mentale: la réappropriation de soi. *Aller mieux. Approches sociologiques*, 219-228.
- Robeyns, I. (2000). *An unworkable idea or a promising alternative?: Sen's capability approach re-examined*. <http://www.econ.kuleuven.be/ces/discussionpapers/default.html>
- Roelandt, J. (2010). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *L'information psychiatrique*, 86, 777-783. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0689>
- Sarrandon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuner, H., Lefebvre, C., Simonet, E. & 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*, (67), 183-199. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Sedan, M., Grard, J., & Vassy, C. (2022). L'intégration des médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins : espoirs, ressources et limites. *L'information psychiatrique*, 98(4), 286-292. <https://doi.org/10.1684/ipe.2022.2411>
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*. Odile Jacob.

- Sen, A. (2005). *Rationalité et Liberté en économie*. Odile Jacob.
- Sunderland, K. & Mishkin, W. (2013). *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs - Pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada.
<http://www.commissionsantementale.ca>
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J. & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5^e éd). Dunod.
- Vezinat, N. (2016). *Sociologie des groupes professionnels*. Armand Colin.
- Waha, S. (2021). Pair-aidance : de l'ombre à la clarté. *La Revue Nouvelle*, 6(6), 54-63.
<https://doi.org/10.3917/rn.216.0054>

Table des figures

Figure 1. Les différentes phases de la recherche	5
Figure 2. Résumé des cinq fonctions de la réforme des soins de santé mentale	9
Figure 3. Les principes directeurs du Plan d'action en santé mentale	13
Figure 4. Les dix capacités centrales selon Martha Nussbaum.....	20
Figure 5. Etapes, notions et processus des capacités	21
Figure 6. Les axes de développements de l'environnement capacitant	29
Figure 7. Schéma récapitulatif du processus de rétablissement en soin de santé mentale en parallèle de l'approche par les capacités.	37
Figure 8. Les échelles d'analyse et les acteurs du "fait professionnel"	45
Figure 9. Les quatre formes identitaires pour Claude Dubar	55
Figure 10. Les principes régissant la pratique de soutien par les pairs	68
 Tableau 1. La pair-aidance en Belgique et au Canada.	 74

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN

Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication

Place Montesquieu, 4 bte L2.05.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | www.uclouvain.be/espo