

Myreille St-Onge

Psychologue, Ph.D.
Professeure titulaire, École de travail social et de criminologie, Université Laval
Québec, Canada

Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois



¹ Repper, J., et Carter, T., (2010). *Using personal experience to support other with similar difficulties. A review of the literature on peer support in mental health services.* The University of Nottingham, London, UK: Together for Mental Wellbeing. Récupéré de : <http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf>

² Solomon, P. (2010). Peer support/peer-provided services: Underlying processes, benefits and critical ingredients. In Swarbrick, M., & Schmidt, L. (eds), *People in recovery as providers of psychiatric rehabilitation: Building on the wisdom of experience* (p. 56-69). Linthicum, MD: United States Psychiatric Rehabilitation Association.

³ Mead et Macneil, 2004 dans Repper et Carter, *op. cit.*

⁴ Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., et Kraemer Tebes, J. (2005). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. In Davidson, L., Harding, C., & Spaniol, L. (eds). *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* (p. 412-450). Vol. 1. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.

La définition du soutien par les pairs (*peer support*) ne semble pas faire consensus, mais ce terme engloberait le soutien mutuel entre personnes qui composent ou ont composé avec des expériences de vie difficiles de même nature, comme par exemple un vécu psychiatrique¹.

Renvoyant à la théorie de l'apprentissage social, cette approche suppose que les personnes qui vivent des expériences similaires représentent des modèles plus crédibles pour stimuler des changements positifs chez leurs pairs². Ces personnes auraient aussi de bonnes capacités à entrer en relation de manière empathique avec leurs pairs pour valider leur expérience dans une relation symétrique de réciprocité³. Bien que cet élément de réciprocité soit présent lorsqu'il s'agit de travailleurs pairs aidants (*peer support worker*), on s'attend à ce que ces travailleurs pairs soient plus avancés dans leur processus de rétablissement que les pairs aidés⁴. Inspiré des travaux de Julie Repper et Tim Carter (2010), le Programme québécois Pairs Aidants Réseau (PAR)-définit ainsi le rôle du pair aidant : « Le pair aidant est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue [judicieusement auprès de ses pairs et de son équipe de travail] 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 vécues⁵. »

« Le PAR a placé le rétablissement au cœur de la formation qu'il offre aux futurs travailleurs pairs aidants depuis le début de sa création en 2006. »

Donc le rôle des pairs aidants embauchés dans le réseau public et communautaire de services de santé mentale au Québec est de servir de modèle pour leurs pairs hospitalisés ou recevant des services dans des établissements de ce réseau. En partageant leur expérience de rétablissement, ils insufflent l'espoir chez leurs pairs et leurs collègues non-pairs que le rétablissement est possible.

Dans ce contexte, le PAR a placé le rétablissement au cœur de la formation qu'il offre aux futurs travailleurs pairs aidants depuis le début de sa création en 2006. Les conceptualisatrices de cette formation, débutée en 2008, se sont inspirées du *Georgia Certified Peer Specialist Project* (CPS) pour monter un programme spécialisé en intervention par les pairs au Québec. Le PAR s'appuie sur deux principaux modèles de rétablissement : les cinq étapes du processus de rétablissement du CPS ; et celui élaboré par le *National Empowerment Center* (NEC)⁶ aux États-Unis. Le modèle du CPS place en parallèle à ces cinq étapes une série d'obstacles personnels à surmonter : 1) L'impact du trouble mental qui peut représenter une étape de choc et de déni; à ce moment la personne s'interroge sur son état. L'obstacle survient lorsqu'elle croit que les symptômes contrôlent sa vie. 2) À la deuxième étape, celle de la vie limitée, la personne s'interroge sur ses possibilités. L'obstacle survient lorsqu'elle ignore ces possibilités, qu'elle adopte le statut de « malade », qu'elle se résigne par rapport à la direction qu'a prise sa vie en laissant tomber ses rêves, ses espoirs, ses attentes. 3) À la troisième étape, la personne commence à croire à un changement possible; à ce moment elle s'interroge sur les risques à prendre pour atteindre à un plus grand pouvoir sur sa vie. L'obstacle survient lorsqu'elle refuse de prendre des risques, de faire un pas de plus et de quitter sa « zone de confort » (par exemple abandonner des prestations de la sécurité sociale pour un emploi dont l'issue est incertaine). 4) La quatrième étape consiste à quitter sa « zone de confort » et à s'engager concrètement dans des actions visant le changement, même si ce sont de petits pas. L'obstacle survient lorsque la personne décide de retourner dans sa « zone de confort » en mettant en doute sa capacité de poser des actions par elle-même qui feraient la différence dans sa vie. 5) Enfin à la dernière étape la personne prend conscience que la responsabilité du changement lui incombe. À ce moment elle pose des actions qui constituent un virage majeur vers la réappropriation de son pouvoir d'agir et elle établit des objectifs de vie. L'obstacle survient si elle doute de

ses habiletés à prendre des décisions, à faire preuve d'autonomie⁷.

Quant au modèle du NEC, il consiste en dix composantes mettant l'accent sur plusieurs dimensions du rétablissement : clinique, sociale, spirituelle, organisationnelle et liée à la citoyenneté. Pour élaborer ce modèle le NEC a misé sur la collaboration de plus de 110 personnes incluant des personnes utilisatrices de services, des familles, des intervenants, des chercheurs, des professeurs, etc.⁸ Les composantes de ce modèle prennent appui sur une série de postulats que je résume dans les prochaines lignes. Premièrement le processus de rétablissement est dirigé par la personne elle-même qui définit son projet de vie ; il s'appuie sur leur résilience, leurs besoins et leurs préférences. Tous les aspects de la vie d'une personne sont pris en compte dans ce processus (l'habitation, l'emploi, la spiritualité, la créativité) ainsi que de sa communauté (les services de santé, les médecines douces, le réseau social, le soutien aux familles). Il ne s'agit pas d'un processus linéaire, il est marqué par des revers occasionnels et la faculté d'apprendre de l'expérience. Il consiste à construire à partir des capacités multiples, des talents, des habiletés et de la valeur inhérente à chacun. En s'appuyant sur leurs forces, les personnes peuvent abandonner les rôles stéréotypés dans lesquels elles sont confinées et adopter ainsi de nouveaux rôles (partenaire, aidant, étudiant, etc.). Le soutien mutuel entre pairs est inestimable dans ce processus, il procure à chacun un sentiment d'appartenance. L'acceptation sociale incluant la protection de leurs droits et l'élimination de la stigmatisation et la discrimination sont cruciales pour atteindre au rétablissement dans la communauté. Les personnes ont la responsabilité personnelle quant aux gestes à poser pour entreprendre des démarches afin de réaliser leurs objectifs. Enfin l'espoir stimulé et alimenté par les intervenants, les pairs, les amis, la famille, permet aux personnes d'intérioriser le sentiment qu'il est possible de se rétablir, car l'espoir est le principal catalyseur d'une démarche de rétablissement (NEC, 2006).

En plus de ces bases théoriques, les étudiants pairs aidants peuvent compter, pour leur emploi futur, sur deux outils pratiques qui leur sont remis en vue d'établir un plan d'équilibre quotidien et de se construire une boîte à outils pour prévenir les rechutes en reconnaissant les signes précurseurs et les éléments déclencheurs d'une telle rechute : le Plan d'action pour le rétablissement de la santé (PARS) et le Plan d'action pour le rétablissement au travail, à utiliser conjointement avec le PARS⁹.

« Un des mandats du PAR vise à former les milieux d'embauche (gestionnaires, praticiens et instances syndicales), qui souhaitent s'engager dans une démarche d'intégration. Ce volet est essentiel, car sans cette sensibilisation des milieux, les pairs aidants risquent d'être rejetés par leurs collègues non-pairs qui pourraient voir en eux une menace à la protection de leur emploi. »

Donc parmi les critères à l'embauche, les futurs pairs aidants doivent être bien ancrés dans leur processus de rétablissement. Mais bien que l'on reconnaisse la responsabilité centrale des pairs aidants dans ce processus, le rétablissement ne peut survenir sans l'appui de personnes significatives de l'entourage des personnes ainsi que des organisations qui les embauchent. Donc dans la perspective de prévenir des obstacles éventuels à l'intégration des pairs aidants dans les milieux de pratique, un des mandats du PAR vise à former les milieux d'embauche (gestionnaires, praticiens et instances syndicales), qui souhaitent s'engager dans une telle démarche d'intégration. Ce volet est essentiel, car sans cette sensibilisation des milieux, les pairs aidants risquent d'être rejetés par leurs collègues non-pairs qui pourraient voir en eux une menace à la protection de leur emploi. Dans cette optique, il est impératif que les établissements aient un énoncé de mission clair en faveur du rétablissement, qu'ils adoptent des stratégies pour bien communiquer cette mission et qu'ils considèrent la pair-aidance, non comme un élément accessoire, mais comme étant essentiel pour remplir cette mission¹⁰.

Mais heureusement, depuis les dernières années, la vision du rétablissement prend de plus en plus d'ampleur dans le réseau des services de santé mentale au Québec. Ainsi dans son plus récent Plan d'action en santé mentale, le ministère de la Santé et des services sociaux¹¹ a adopté une mesure qui devrait favoriser un changement d'attitudes pour contrer la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant un trouble mental dans le cadre du travail. Elle vise à ce que « chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux se [dote] d'un plan d'action sur la santé mentale au travail [...] comprenant des mesures efficaces sur : 1. la promotion de la santé mentale au travail [...] ; 2. la prévention des troubles mentaux [...] ; 3. une démarche de soutien au rétablissement et au retour au travail destinée aux employés ayant vécu un épisode de trouble mental ; 4. le développement d'attitudes responsables envers la discrimination au travail ainsi qu'à l'embauche de personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un trouble mental¹². »

Cette mesure ne peut qu'encourager une meilleure intégration des travailleurs pairs aidants dans le réseau.

⁵ Lagueux, N., et Charles, N. (2013). *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs. Cahier du participant*. AQR, APUR, Direction générale de la formation continue, Université Laval, Module 2, 13.

⁶ <http://power2u.org/> Il s'agit d'une organisation « par et pour » cofondée par deux personnes complètement rétablies de la schizophrénie, la psychologue clinicienne Patricia Deegan et Daniel Fisher, psychiatre, et titulaire d'un doctorat en biochimie.

⁷ Lagueux, N., et Charles, N. (2013). *op cit*.

⁸ National Empowerment Center and the Recovery Consortium. *Voices of transformation: Developing recovery-based statewide consumer/survivor organizations* (2006). Lawrence, MA: Author. Traduit par Charles Rice. Récupéré de [http://www.power2u.org/downloads/Voices%20of%20Transformation%2010-12-06\[3\].pdf](http://www.power2u.org/downloads/Voices%20of%20Transformation%2010-12-06[3].pdf)

⁹ Le Plan d'action pour le rétablissement de la santé est la traduction du *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)* de Mary Ellen Copeland (1997). Le Plan d'action pour le rétablissement au travail est la traduction du *Wrap for Work: Recovery at Work* de Randy Tucker (2005) du Georgia Mental Health Consumer Network.

¹⁰ Gates, L.B., & Akabas, S.H. (2010). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. In Swarbrick, M., & Schmidt, L. (eds), *People in recovery as providers of psychiatric rehabilitation: Building on the wisdom of experience* (p. 220-239). Linthicum, MD: United States Psychiatric Rehabilitation Association.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Ensemble et autrement. Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Québec, Québec : Les Publications du Québec.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *ibid*, 30.