

*L'INTÉGRATION DE PAIRS AIDANTS
DANS DES ÉQUIPES DE SUIVI ET DE SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ:
POINTS DE VUE DE DIVERS ACTEURS*

Rapport final de recherche (version sommaire)

Hélène Provencher, Ph.D.
Camille Gagné, Ph.D.
Luc Legris, Ph.D.

Université Laval

Février 2012

Les auteurs du rapport de recherche¹ sont :

Hélène Provencher, PhD, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheure au Groupe de recherche sur l'inclusion sociale, l'organisation des Services et l'évaluation en Santé Mentale (GRIOSE-SM) de CSSS de la Vieille-Capitale/Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Camille Gagné, PhD, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheure à l'Unité de recherche en santé des populations, Centre de recherche du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

Luc Legris, PhD, conseiller clinique à la Direction des services cliniques de l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.

Les collaborateurs à l'étude et au rapport de recherche sont :

Diane Harvey, directrice générale de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).

Nathalie Lagueux, coordonnatrice du programme québécois Pairs Aidants Réseau, AQRP.

Il est possible de télécharger le rapport en consultant le lien suivant : <http://www.aqrp-sm.org>

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce rapport sont autorisées à condition d'en citer la source.

Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, premier trimestre 2012

Bibliothèque Nationale du Canada, premier trimestre 2012

ISBN 978-2-922264-11-1 (imprimé)

ISBN 978-2-922264-12-08 (PDF)

©Copyright Université Laval

Tous droits réservés

Étude financée par l'Office des Personnes Handicapées du Québec (OPHQ) dans le cadre du programme de subventions à l'expérimentation.

Citer ce document ainsi :

Provencher, H.L., Gagné, C., & Legris, L. (2012). *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : Points de vue de divers acteurs (rapport sommaire)*. Rapport final de recherche (version sommaire). Québec : Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

Remerciements

Nous tenons à remercier l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) pour son intérêt envers ce projet, incluant son appui financier et le soutien offert tout au long de la réalisation de l'étude. Nous remercions également les membres du Comité d'orientation et de suivi (COS) qui ont contribué à la bonification du protocole de recherche et qui était composé de représentants de diverses organisations, soit l'OPHQ, l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale, l'Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Énergie, la Direction de la santé mentale au Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) et l'Association des personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région de Québec (APUR). Conformément aux règles de l'OPHQ, un comité de supervision a été mis sur pied pour s'assurer du bon déroulement de l'étude et un merci à Luc Vigneault, directeur général de l'APUR à cette époque, ainsi qu'à Francis Dubois, représentant de l'OPHQ, pour leur contribution aux travaux de ce comité.

Nos remerciements vont aussi aux chefs de programmes et aux agents de liaison qui ont grandement facilité le recrutement des participants à l'étude et l'organisation de la collecte des données dans chaque équipe. Un autre merci sincère à toutes les personnes qui ont été interviewées, et notamment pour la richesse de l'information fournie. De plus, il importe de souligner la précieuse collaboration de personnes utilisatrices, d'intervenants et de gestionnaires à l'évaluation de la validité de contenu de trois instruments de mesure sur le rétablissement qui ont été développés dans le cadre de la présente étude.

Nous désirons également remercier Marjolaine Roy, M.Ps., professionnelle de recherche à l'Université Laval, qui a assuré la coordination de l'étude, supervisé l'entrée des données et assumé diverses tâches liées à l'analyse des données. D'autres remerciements sont aussi adressés à Véronique Bizier pour sa collaboration à la rédaction du protocole de recherche, Marie-Anne Gariépy pour la transcription des entrevues, Monica Savin pour le soutien à l'analyse des données qualitatives et Sarah-Judith Breton pour la mise en page du rapport de recherche.

Faits saillants

- L'intégration du pair aidant a des retombées positives sur les usagers, les pairs aidants, la satisfaction à l'égard des services et les 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 de celui offert par les intervenants.
- Le rôle et les tâches spécifiques du pair aidant se précisent au cours de la première année d'intégration, en lien avec la notion de processus.
- 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.

Résumé

Les premières expériences d'intégration de pairs aidants salariés dans des ressources en santé mentale remontent à environ deux décennies et ont été réalisées aux États-Unis. À l'heure actuelle, l'embauche de pairs aidants salariés est une pratique organisationnelle qui est en plein essor dans ce pays ainsi qu'ailleurs dans le monde, dont l'Écosse (McLean, Biggs, Whitehead, Pratt, & Maxwell, 2009), l'Australie (Franke, Paton, & Gassner, 2010) et l'Angleterre (Basset, Faulkner, Repper, & Stamou, 2010). L'intégration de pairs aidants est vue comme une mesure qui contribue à l'offre de services orientés vers le rétablissement et représente un important changement dans la culture organisationnelle des milieux d'embauche.

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) propose plusieurs orientations liées à l'organisation et l'offre des services de première ligne, dont l'embauche de pairs aidants dans des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Découlant de cette orientation, le ministère de la Santé et des Services Sociaux soutient le développement et l'implantation du programme Pairs aidants réseau (PAR) (Harvey & Lagueux, 2006, 2007). Outre la promotion et la sensibilisation des milieux à l'embauche de pairs aidants, le programme PAR offre de la formation préparant les pairs aidants à l'exercice de leurs rôles de même que des mesures de soutien à l'équipe et aux pairs aidants à la suite de leur embauche. Alors que les activités de promotion et de sensibilisation débutent en avril 2006, le programme de formation est offert pour la première fois en 2008 et sur une base annuelle par la suite. Les mesures de soutien aux pairs aidants embauchés et aux équipes démarrent lors de la formation de la première cohorte, soit en 2008.

Tel que documenté dans la littérature, le succès de l'intégration fait appel à plusieurs facteurs, dont le leadership des gestionnaires, une bonne préparation de l'équipe, une définition claire des tâches spécifiques du pair aidant, et l'offre de soutien au pair aidant et à l'équipe tout au long du processus d'intégration. Les limites des connaissances actuelles concernent le manque de précision à l'égard des stratégies utilisées pour définir les tâches du pair aidant, notamment dans le contexte où les tâches varient considérablement d'un milieu d'embauche à l'autre et où l'utilisation du savoir expérientiel, dont le dévoilement du pair aidant à l'utilisateur, est à la base des descriptions de tâches. Cette lacune s'ajoute à un manque de compréhension à l'égard des ingrédients qui différencient le soutien offert aux usagers par le pair aidant de celui offert par les autres intervenants et plus précisément les mécanismes qui sous-tendent la plus grande proximité avec le pair aidant. De plus, l'arrimage des pratiques orientées vers le rétablissement du pair aidant avec celles qui sont utilisées par les autres intervenants est peu compris de même que les effets de cet arrimage sur le niveau d'intégration du pair aidant. Les effets de l'intégration sur le pair aidant représentent un domaine relativement peu exploré, comparativement à ceux rapportés pour les usagers. Quant aux effets de l'intégration sur l'organisation des services, les connaissances sur la satisfaction des membres de l'équipe à l'égard des services offerts par le pair aidant sont plutôt limitées. Bref, l'intégration de pairs aidants dans des ressources en santé mentale est un phénomène relativement récent et une meilleure compréhension du processus qu'il sous-tend s'avère nécessaire pour promouvoir ce type de pratique.

L'intégration de la première cohorte de pairs aidants dans des ressources en santé mentale en 2008 représente une importante innovation dans l'offre de services et les données se rapportant à son implantation sont alors inexistantes au Québec. Cette limite s'inscrit également dans le cadre de lacunes liées à l'état actuel des connaissances sur le processus d'intégration des pairs aidants. À cet égard, il apparaît également nécessaire de préciser la spécificité de l'expérience québécoise et d'établir des points de comparaison avec celles documentées dans d'autres pays. L'étude du processus d'intégration offre aussi la possibilité d'une rétroaction sur le programme PAR, notamment à l'égard du soutien offert au pair aidant et à l'équipe au cours de la première année d'intégration. De plus, la documentation du processus d'intégration permet d'offrir une rétroaction aux équipes ayant embauché un pair aidant face à leurs expériences d'intégration ainsi que de proposer des orientations pour guider d'autres équipes, dont celles envisageant l'embauche de pairs aidants.

Ces divers éléments soulignent l'importance de réaliser une étude dont le but général vise à décrire le processus d'intégration de pairs aidants dans des équipes offrant des services de suivi et de soutien dans la communauté à des personnes aux prises avec des troubles mentaux. L'étude débute en octobre 2008 et la collecte des données s'échelonne de mai 2009 à avril 2010. Elle repose sur un devis mixte, faisant appel à des méthodes

qualitatives et quantitatives. Le processus d'intégration est exploré un an après l'embauche du pair aidant dans six équipes en santé mentale, deux offrant du suivi intensif et quatre du soutien d'intensité variable. Ces équipes font partie des premières ayant embauché des pairs aidants formés par le programme PAR en 2008. De plus, les équipes offrant des services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable sont notamment ciblées dans le PASM (MSSS, 2005) comme milieux d'embauche.

Des rencontres individuelles sont réalisées auprès des six chefs de programme, six chefs d'équipe, six pairs aidants alors que des groupes de discussion permettent de recueillir les commentaires de 29 intervenants et de 31 personnes suivies par les pairs aidants. Les guides d'entrevue des chefs de programme, des chefs d'équipe, des intervenants et des pairs aidants reposent sur le cadre de l'évaluation de l'action émergente (Patton, 1990, 1996) qui est transposé dans le contexte spécifique de l'intégration des pairs aidants dans des ressources en santé mentale. Le guide d'entrevue du pair aidant comprend des thèmes additionnels qui explorent son vécu professionnel et son expérience d'accompagnement des usagers. Quant au guide des usagers recevant des services du pair aidant, il est élaboré à partir des dimensions-clés du rétablissement (Provencher, 2002) et des modes d'accompagnement orientés vers le rétablissement (Provencher, 2008a, 2008b). De plus, les descriptions de tâches des pairs aidants représentent une autre source de données qualitatives utilisée dans cette étude. Par ailleurs, le « Recovery Assessment Scale » (RAS) (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) est utilisé pour mesurer le rétablissement des pairs aidants et des usagers participant aux groupes de discussion. Trois nouveaux questionnaires auto-administrés sont développés et prétestés dans l'étude, documentant divers aspects liés à la promotion de l'approche du rétablissement (Provencher, 2008a). Il s'agit : 1) du Questionnaire sur la Vision du Rétablissement (QVR), 2) de l'Échelle des Valeurs Organisationnelles Orientées vers le Rétablissement (ÉVOOR), et 3) du Questionnaire sur les Attitudes Relationnelles de Base Orientées vers le Rétablissement (QARBOR). L'analyse des données qualitatives comprend cinq niveaux, des unités de sens à la comparaison des matrices du processus d'intégration entre les six équipes. Deux membres de l'équipe de recherche procèdent, de façon indépendante, à la codification des données et les cas de désaccord sont tranchés par consensus.

L'analyse de données conduit à la détermination des éléments-clés de la phase de préparation (avant l'arrivée du pair aidant) et de la phase d'implantation (après l'arrivée du pair aidant). Les effets de l'intégration sont également précisés à l'égard du rétablissement chez le pair aidant et les usagers suivis par le pair aidant, de la satisfaction face aux services offerts par le pair aidant aux usagers et des pratiques en santé mentale. Finalement, une lecture de la dynamique du processus d'intégration est également offerte, notamment à l'égard de recoupements entre la phase de préparation et la phase d'implantation.

Les éléments-clés de la phase de préparation sont les suivants : le leadership des chefs de programme, le soutien des directeurs-cadres et du programme PAR, l'absence du titre d'emploi, la formation du pair aidant, l'offre suffisante d'activités préparatoires, l'ouverture des membres de l'équipe ainsi que la présence d'un consensus dans l'équipe et de balises suffisamment claires à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant. Ces quatre derniers éléments représentent d'ailleurs des indices qui permettent d'évaluer le niveau de prédisposition de l'équipe à l'intégration. Alors que trois des six équipes démontrent un niveau suffisant de prédisposition à intégrer le pair aidant, les autres équipes n'atteignent pas ce niveau.

L'importance de bien préparer l'équipe est soulevée dans toutes les équipes, recoupant les commentaires des chefs de programme, des chefs d'équipe, des intervenants et des pairs aidants. Ces propos sont aussi soutenus par la mise en évidence de relations positives entre la prédisposition de l'équipe à intégrer le pair aidant et deux indicateurs de la phase d'implantation, soit la clarté de l'apport spécifique du pair aidant et la perception de son niveau d'intégration un an après son embauche. Par ailleurs, l'absence du titre d'emploi de pair aidant empêche la syndicalisation et complique la procédure d'embauche, dont l'établissement de contrats de travail qui diffèrent de ceux des autres intervenants. Le démarrage du projet en dépit de l'absence du titre d'emploi témoigne du leadership des chefs de programmes et de leurs croyances dans la valeur ajoutée du pair aidant à l'égard de l'offre de services.

Les activités de travail du pair aidant sont au cœur de la phase d'implantation. Quatre des six pairs aidants travaillent à temps plein et cinq des six pairs aidants ont des contrats d'embauche qui diffèrent des autres

intervenants, étant engagés à titre de travailleurs autonomes, occupant un poste syndicable non syndiqué ou bien étant en prêt de services d'un organisme communautaire. Les pairs aidants sont très satisfaits de leurs conditions de travail (par ex., salaire, horaire de travail) mais déplorent l'absence du titre d'emploi. L'ensemble des pairs aidants offrent du suivi individuel dans la communauté et la plupart d'entre eux offrent également des interventions de groupe. En ce qui concerne le suivi individuel, les services d'enrichissement (par ex., développement optimal des forces), de traitement et de réadaptation sont les plus fréquemment rapportés alors que le soutien à la défense et à la protection des droits est très peu offert. L'offre de soutien spirituel est présente chez quatre des six pairs aidants tandis que le soutien à la famille de l'utilisateur est peu rapporté. La presque totalité des suivis est offerte en collaboration avec un autre intervenant. Des lacunes liées à la collaboration interprofessionnelle entraînent une sous-utilisation des services du pair aidant dans trois des six équipes. La procédure d'inscription des notes du pair aidant au dossier de l'utilisateur est comparable à celle des autres intervenants dans la majorité des équipes et est différente dans deux des six équipes. En ce qui concerne les activités de formation, deux des pairs aidants offrent des stages de quelques jours à un autre pair aidant, trois d'entre eux en ayant bénéficié. Certaines équipes réservent un moment au pair aidant lors de réunions d'équipe afin qu'il transmette de l'information à l'égard du rétablissement en faisant appel aux outils d'intervention qu'il utilise et qui renvoie également à son savoir expérientiel. Trois des pairs aidants sont passablement impliqués dans des activités de rayonnement à l'égard de la promotion du rôle de pair aidant dans l'offre de services en santé mentale, donnant des conférences dans divers organismes à titre d'exemple.

Les activités de travail du pair aidant interagissent avec trois composantes qui structurent la phase d'implantation, soit la promotion de l'approche du rétablissement dans l'équipe, l'apport spécifique du pair aidant et l'expérience de l'intégration. De ces composantes émergent des éléments-clés qui caractérisent cette phase. Il s'agit de l'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement, des ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant, de la gestion du rôle et des tâches spécifiques et de quatre volets de l'expérience d'intégration.

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement représente l'élément-clé lié à la promotion de cette approche. Bien qu'un discours orienté vers la promotion du rétablissement soit présent dans toutes les équipes, recoupant les données qualitatives ainsi que les résultats obtenus à l'aide du QVR et de l'ÉVOOR, les équipes varient en fonction du niveau d'ancrage de ces pratiques, trois équipes ayant des pratiques établies et les trois autres des pratiques en émergence. Comparativement aux équipes ayant des pratiques établies, celles ayant des pratiques en émergence rapportent moins de clarté à l'égard de l'apport spécifique du pair aidant ainsi qu'une intégration incomplète du pair aidant un an après son embauche.

Parmi les ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant, l'utilisation du savoir expérientiel amène une plus grande proximité avec l'utilisateur, cette dernière étant découpée en deux volets. La proximité expérientielle repose sur des comparaisons entre le vécu du pair aidant et de l'utilisateur, dont des comparaisons latérales, descendantes, ascendantes de même que la reconnaissance d'universalité entre les deux expériences et de crédibilité à l'égard du vécu du pair aidant. La proximité relationnelle correspond à des rapports fondés sur l'intimité, l'égalité, la familiarité et la réciprocité. De plus, le pair aidant démontre une attitude davantage centrée sur l'utilisateur (par ex., prendre le temps « d'être là », « docteur de l'âme ») et une compréhension empathique générant davantage de résonance affective chez l'utilisateur.

À la phase d'implantation, la majorité des équipes investissent beaucoup de temps et d'énergie pour préciser le rôle et les tâches spécifiques du pair aidant, ceci étant perçu comme un important enjeu pour l'obtention du titre d'emploi. Les éléments-clés de la gestion de la spécificité du pair aidant concernent l'aspect processuel lié à la définition du rôle et des tâches du pair aidant, le recours à diverses stratégies de définition et la mise en place de mesures d'encadrement. Toutes les équipes précisent que le rôle et les tâches du pair aidant se précisent au fil de son intégration dans l'équipe, la phase de préparation ne signalant que le point de départ de ce processus. Elles utilisent diverses stratégies de définition pour accentuer l'apport spécifique du pair aidant et ont également recours à des mesures d'encadrement, des outils de référence et suivi de la clientèle à titre d'exemple. Un an après l'embauche, la clarté du rôle et des tâches du pair aidant varie entre les équipes, trois équipes rapportant un niveau suffisant de clarté et les trois autres rapportant un manque de clarté.

Les éléments-clés de l'expérience d'intégration comprennent la vision de l'intégration basée sur l'innovation et la normalisation, le soutien offert au pair aidant et à l'équipe de même que le monitoring de l'intégration du pair aidant. Il est à noter que la perception du niveau d'intégration du pair aidant varie entre les équipes un an après son embauche, trois équipes rapportant une intégration complète et les autres rapportant une intégration incomplète.

En lien avec la vision basée sur l'innovation, les chefs de programme perçoivent l'intégration comme un processus se bonifiant au fil du temps et démontrent une ouverture à l'apprentissage par « essai-erreur » de même qu'une souplesse à effectuer des changements pour optimiser l'expérience d'intégration. L'autre vision qui prédomine dans les diverses équipes est d'intégrer le pair aidant comme tout autre employé nouvellement embauché. L'approche de normalisation cohabite avec l'offre d'accommodements, bien que peu de pairs aidants en aient fait la demande. Un an après leur embauche, tous les pairs aidants sont perçus comme des membres à part entière de l'équipe.

Le soutien offert au pair aidant couvre six principaux domaines, soit la santé au travail, le rôle et les tâches dans l'équipe, les habiletés liées à la relation d'aide et d'autres compétences liées au suivi des usagers, l'actualisation professionnelle, la collaboration interprofessionnelle et les activités de réseautage entre pairs aidants. Ces domaines recourent divers aspects liés au soutien à l'intégration, dont la définition de son apport spécifique, la présence de double rôle, l'actualisation de compétences cliniques, le dévoilement du pair aidant à l'équipe, les habiletés sociales du pair aidant de même que l'entraide entre les pairs aidants. Alors que le soutien offert par des membres de l'équipe au pair aidant est perçu comme étant suffisant et satisfaisant dans trois des équipes, des lacunes à cet égard sont rapportées dans les trois autres équipes.

Le soutien offert à l'équipe couvre deux principaux domaines, le rôle et les tâches du pair aidant de même que la collaboration interprofessionnelle. Ces domaines recourent divers aspects liés au soutien à l'intégration, dont la confusion de rôles chez les intervenants, la présence de surprotection et la réticence à référer des usagers au pair aidant. Dans deux des équipes, des intervenants rapportent des lacunes à l'égard du soutien qui leur a été offert à l'intérieur de l'équipe. Finalement, un suivi continu était attendu de la part du programme PAR plutôt qu'un soutien ponctuel et sur demande, que ce soit pour l'équipe ou pour le pair aidant.

Le monitoring de l'intégration du pair aidant consiste en des activités de rétroaction visant à faire le point sur l'expérience d'intégration et à procéder à des ajustements, que ce soit à l'égard de la définition du rôle ou à d'autres aspects du processus d'intégration (par ex., collaboration interprofessionnelle). De plus, des données sont recueillies par rapport aux activités de travail du pair aidant et dans certaines équipes des rapports sont produits pour documenter les effets des services offerts par le pair aidant sur la clientèle.

Les effets de l'intégration du pair aidant dans les six équipes sont largement positifs, peu de retombées négatives ayant été rapportées. En ce qui concerne les usagers, la promotion de l'espoir dans leur trajectoire de rétablissement et la consolidation de leur pouvoir d'agir représentent deux retombées positives fréquemment associées au soutien offert par le pair aidant. Il en va de même de l'enrichissement du rapport à soi, dont une plus grande révélation de soi, une meilleure connaissance et compréhension de soi ainsi qu'une vision plus positive du soi. De plus, une évolution positive chez les usagers est largement rapportée mais sans référence à des indicateurs précis de résultats (par ex., symptômes, fonctionnement social, utilisation des services d'hospitalisation).

Plusieurs des pairs aidants rapportent avoir recours aux outils d'intervention qu'ils utilisent auprès de la clientèle pour optimiser leur propre rétablissement. Le travail de pair aidant amène plusieurs retombées positives, dont le sentiment de fierté, le sentiment de croissance personnelle et le sentiment d'être utile aux autres, ce dernier étant également porteur de sens à l'égard de la souffrance vécue dans le passé. Toutefois, un sentiment de solitude est évoqué chez trois des six pairs aidants, renvoyant notamment à un manque d'activités structurées de réseautage entre les pairs aidants. L'utilisation du savoir expérientiel est une source potentielle de stress et requiert la mise en place de distance avec le vécu de l'utilisateur. Finalement, l'un des six pairs aidants est hospitalisé à la suite d'une rechute au cours de sa première année d'intégration dans l'équipe. Le congé de maladie est de courte durée et le retour au travail est géré comme celui d'un autre employé.

Dans les six équipes, les usagers et les membres de l'équipe expriment un niveau plutôt élevé de satisfaction à l'égard du soutien apporté par le pair aidant. Les ateliers de groupe représentent, entre autres, une

importante source de satisfaction chez plusieurs usagers. Lors des premiers échanges avec le pair aidant, quelques usagers sont réticents à recevoir des services de sa part. Toutefois, leurs appréhensions initiales se dissipent au fil des rencontres et ils apprécient par la suite l'aide apportée par le pair aidant.

Aucune transformation majeure des pratiques ne découle de l'intégration du pair aidant dans les six équipes. Toutefois, les échanges avec le pair aidant favorisent la pratique réflexive à l'égard de l'approche du rétablissement chez les intervenants. Alors que la façon de voir la clientèle est l'objet de certains changements, la façon d'intervenir auprès de la clientèle demeure inchangée.

En résumé, les résultats de l'étude précisent plusieurs éléments-clés du processus d'intégration des pairs aidants. Ils permettent également de préciser plusieurs retombées liées à l'intégration du pair aidant. La discussion des résultats permet d'en examiner la portée en les comparant à d'autres expériences d'intégration et en mettant en relief la spécificité des expériences québécoises. Finalement, des recommandations sont proposées pour promouvoir l'intégration du pair aidant dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté.

Table des matières

REMERCIEMENTS	iii
FAITS SAILLANTS	iv
RÉSUMÉ	v
INTRODUCTION	1
MÉTHODE	2
RÉSULTATS	4
Phase de préparation	4
Phase d'implantation	5
Ancrage du rétablissement	5
Ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant	6
Éléments-clés liés à la gestion de la spécificité	7
Éléments-clés liés à l'expérience d'intégration	8
Activités de travail	11
Effets de l'intégration	12
DISCUSSION	14
RECOMMANDATIONS	19
CONCLUSION	22
RÉFÉRENCES	23
ANNEXE A : Instruments de recherche du volet qualitatif	27
ANNEXE B : Instruments de recherche du volet quantitatif	28
ANNEXE C : Version canadienne-française du questionnaire « Recovery Assessment Scale »	32
Liste des tableaux	
<i>Tableau 1 : Recommandations</i>	20

Introduction

Les premières expériences d'intégration de pairs aidants salariés dans des ressources en santé mentale remontent à environ deux décennies et ont été réalisées aux États-Unis. À l'heure actuelle, l'embauche de pairs aidants est une pratique qui est en plein essor dans ce pays ainsi qu'ailleurs dans le monde, dont l'Écosse, l'Australie et l'Angleterre. L'intégration de pairs aidants est vue comme une mesure qui contribue à l'offre de services orientés vers le rétablissement et représente un important changement dans la culture organisationnelle des milieux d'embauche.

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) (MSSS, 2005) propose plusieurs orientations liées à l'organisation et l'offre des services de première ligne, incluant l'embauche de pairs aidants dans des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Découlant de cette orientation, le ministère de la Santé et des Services Sociaux soutient le développement et l'implantation du programme Pairs aidants réseau (PAR) (Harvey & Lagueux, 2006, 2007). Outre la promotion et la sensibilisation des milieux à l'embauche de pairs aidants, le programme PAR offre de la formation préparant les pairs aidants à l'exercice de leurs rôles de même que des mesures de soutien à l'équipe et aux pairs aidants à la suite de leur embauche. Alors que les activités de promotion et de sensibilisation débutent en avril 2006, le programme de formation est offert pour la première fois en 2008 et sur une base annuelle par la suite. Les mesures de soutien aux pairs aidants embauchés et aux équipes démarrent lors de la formation de la première cohorte, soit en 2008.

Le succès de l'intégration des pairs aidants salariés dans des ressources en santé mentale renvoie à la présence de plusieurs facteurs, dont le leadership des gestionnaires, une bonne préparation de l'équipe, une définition claire des tâches spécifiques du pair aidant et l'offre de soutien au pair aidant et à l'équipe (Chinman, Hamilton, et al., 2008; Gates & Akabas, 2007; McLean et al., 2009; Wolf, Lawrence, Ryan, & Hoge, 2010). Les limites des connaissances actuelles dans ce domaine concernent le manque de précision à l'égard des stratégies utilisées pour définir les tâches du pair aidant, notamment dans le contexte où les tâches varient considérablement d'un milieu d'embauche à l'autre et où l'utilisation du savoir expérientiel, dont le dévoilement du pair aidant à l'usager, est à la base des descriptions de tâches. À cette lacune s'ajoute le manque de compréhension à l'égard des ingrédients qui différencient le soutien offert aux usagers par le pair aidant de celui offert par les autres intervenants (Davidson, Chinman, Sells, & Rowe, 2006; Solomon, 2004). De plus, l'arrimage des pratiques orientées vers le rétablissement du pair aidant avec celles qui sont utilisées par les autres intervenants est peu compris de même que les effets de cet arrimage sur le niveau d'intégration du pair aidant. Les effets de l'intégration sur le pair aidant représentent un domaine relativement peu exploré, comparativement à ceux rapportés pour les usagers (Salzer, 2010). Quant aux effets de l'intégration sur l'organisation des services, les connaissances sur la satisfaction des membres de l'équipe à l'égard des services offerts par le pair aidant sont plutôt limitées (Repper & Carter, 2011). Bref, une meilleure compréhension du processus d'intégration s'avère nécessaire pour promouvoir l'embauche de pairs aidants salariés dans des ressources en santé mentale.

Au Québec, l'année 2008 marque l'intégration de la première cohorte de pairs aidants dans des ressources en santé mentale. En plus de documenter ces premières expériences d'intégration, il apparaît important d'établir leur spécificité à l'égard d'autres expériences rapportées dans la littérature. L'étude du processus d'intégration offre aussi la possibilité d'une rétroaction sur le programme PAR, notamment à l'égard du soutien offert au pair aidant et à l'équipe au cours de la première année d'intégration. De plus, la documentation du processus d'intégration permet d'offrir une rétroaction aux équipes ayant embauché un pair aidant (par ex., barrières, facilitateurs, enjeux) et de proposer des orientations pour guider les équipes envisageant l'embauche de pairs aidants. Ces divers éléments soutiennent la pertinence de réaliser une étude dont le but général vise à décrire le processus d'intégration de pairs aidants dans des équipes offrant des services de suivi et de soutien dans la communauté à des personnes aux prises avec des troubles mentaux. La réalisation de l'étude repose sur un financement de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) dans le cadre de son programme de subventions à l'expérimentation.

Méthode

L'étude repose sur un devis mixte, faisant appel à des méthodes qualitatives et quantitatives. Le processus d'intégration est exploré un an après l'embauche du pair aidant dans six équipes, deux d'entre elles offrant du suivi intensif et les quatre autres du soutien d'intensité variable. Alors que le suivi intensif est offert par des équipes rattachées à des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le soutien d'intensité variable est offert par diverses ressources, soit une ressource d'hébergement affiliée à un hôpital psychiatrique, un organisme communautaire, un centre de réadaptation et un CSSS. Ces six milieux d'intervention correspondent à l'ensemble des équipes qui offrent du suivi intensif ou du soutien d'intensité variable et qui prévoient embaucher un pair aidant ayant reçu la première formation dispensée par le programme PAR. L'étude du processus d'intégration dans ces six équipes renvoie également à l'un des objectifs du PASM (MSSS, 2005) qui cible l'embauche de pairs aidants dans 30% des équipes offrant du suivi intensif ou du soutien d'intensité variable au cours de la période 2005-2010.

Dans chacune des six équipes, le chef de programme, le chef d'équipe et le pair aidant sont interviewés de façon individuelle alors que les intervenants et les usagers suivis par le pair aidant sont rencontrés en groupe. Les chefs de programmes ont, en moyenne, 47 ans, leur âge variant entre 36 et 54 ans. La moyenne du nombre total d'années d'expérience de travail en santé mentale est de 18 ans et la durée de l'emploi actuel est très variable, la médiane étant de 18 mois. Les chefs de programme rapportent, en moyenne, une quarantaine d'heures de formation sur le rétablissement. Quant aux chefs d'équipe, leur âge moyen est de 44 ans. Le nombre total de leurs années d'expérience en santé mentale et la durée de leur emploi actuel sont très variables, avec des médianes de 16 ans et de 3 ans. Ils ont participé, en moyenne, à 19 heures de formation sur le rétablissement. En ce qui concerne les 29 intervenants ayant participé aux groupes de discussion, plus des trois quarts sont des femmes et la moyenne d'âge se situe à 42 ans. Environ la moitié d'entre eux sont des éducateurs spécialisés. La médiane du nombre total d'années d'expérience en santé mentale est de 11 ans et celle se rapportant à la durée de l'emploi actuel est de deux ans. Les heures de formation sur le rétablissement sont très variables d'un intervenant à l'autre, la médiane se situant à 15 heures.

À l'exception d'un pair aidant, les cinq autres sont des femmes. L'âge moyen des pairs aidants est de 43 ans. Quatre des 6 pairs aidants ont un diplôme d'études collégiales ou qui s'y apparente. Le niveau de scolarité des pairs aidants et des intervenants est semblable, aucune différence significative n'étant rapportée en comparant le niveau de scolarité « collégial et moins » avec celui « universitaire et plus » ($p=0.38$). Le nombre total d'années d'expérience de travail en santé mentale varie beaucoup d'un pair aidant à l'autre, la médiane étant de 2 ans. De plus, les pairs aidants et les intervenants diffèrent à cet égard, ces derniers rapportant davantage d'années d'expérience de travail en santé mentale ($T_{(1,33)} = -2.53, p = 0.02$). Outre leur participation à la formation initiale du programme PAR, les pairs aidants rapportent, en moyenne, 7 heures de formation sur le rétablissement. La totalité des pairs aidants rapportent un trouble de l'humeur (c.-à-d., dépression, troubles bipolaires) et l'un d'entre eux souligne la présence additionnelle de toxicomanie. L'âge moyen à la première consultation en santé mentale est de 27 ans et la médiane du nombre d'hospitalisations est de 4. En excluant l'emploi actuel, les pairs aidants ont cumulé une moyenne de 2 emplois au cours des 5 dernières années et le salaire horaire moyen s'élevait à 16 \$. Au moment de l'entrevue, quatre des pairs aidants travaillent à temps complet et deux sont à temps partiel, le nombre moyen d'heures de travail par semaine étant de 32 et la moyenne du salaire horaire de 21 \$. L'absence d'un titre d'emploi pour le pair aidant a d'importantes répercussions sur son embauche. À l'exception d'une équipe où il n'y pas de syndicat, le salaire du pair aidant repose sur un financement non récurrent, devant être renégocié sur une base annuelle. Ce financement peut provenir d'enveloppes spéciales ou d'aménagements particuliers de la masse salariale. Deux des équipes contournent l'absence du titre d'emploi en embauchant le pair aidant via un prêt de services avec un organisme communautaire alors que deux autres l'embauchent à titre de travailleur autonome. L'équipe rattachée à l'organisme communautaire n'a pas de syndicat et le pair aidant est embauché au même titre que les autres intervenants (c.-à-d., poste régulier) et une autre équipe l'engage à titre d'employé syndicable non syndiqué. Par ailleurs, il est à noter que l'un des six pairs aidants s'absente de son travail pour une période d'environ 2 mois à la suite d'une rechute du trouble mental. Finalement, trois des pairs aidants reçoivent la formation initiale du programme PAR avant ou au moment de leur intégration dans l'équipe alors que les trois autres sont formés après leur arrivée, le délai de la formation étant de 2, 4 et 7 mois.

Trente et un usagers recevant des services des pairs aidants participent aux groupes de discussion. Un peu plus de la moitié de l'échantillon est composé de femmes et l'âge moyen des personnes utilisatrices est de 44 ans. La majorité de ces personnes sont célibataires, ont au moins complété une formation de niveau secondaire et vivent en logement autonome. Seulement l'un des usagers rapporte travailler sur le marché régulier de l'emploi. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont les troubles de schizophrénie et les troubles de l'humeur. L'âge moyen à la première consultation en santé mentale est de 30 ans et la médiane du nombre d'hospitalisations est de 5. Au moment de l'entrevue, plus des trois quarts des usagers ont un suivi actuellement en cours avec le pair aidant alors qu'il est terminé pour les autres. Le suivi s'échelonne, en moyenne, sur une période de 5 mois et le pair aidant passe, en moyenne, 8 heures par mois avec la personne (rencontres en face à face). En plus du suivi offert par le pair aidant, quatre personnes utilisatrices sur cinq bénéficient d'un suivi de la part d'un autre intervenant de l'équipe, reflétant le rôle prépondérant du pair aidant en tant que co-intervenant. Les services les plus fréquemment offerts par les pairs aidants sont ceux d'enrichissement (64%) (par ex., accent sur les forces, soutien à la spiritualité ou à la religion), de suivi communautaire (46%) (par ex., référence à d'autres ressources), de prévention et la promotion de la santé (46%) (par ex., gérer les troubles physiques) et de réadaptation (43%) (par ex., soutien au travail, aux études, aux loisirs, à la parentalité, à l'hébergement; réduction des déficits fonctionnels). Finalement, les services de défense et de protection des droits sont les moins fréquemment offerts (7%).

La collecte des données s'échelonne de mai 2009 à avril 2010. Les guides d'entrevue des chefs de programme, des chefs d'équipe, des intervenants et des pairs aidants reposent sur le cadre de l'évaluation de l'action émergente (Patton, 1990, 1996). Le guide d'entrevue du pair aidant comprend des thèmes additionnels qui explorent son vécu professionnel et son expérience d'accompagnement des usagers. Quant au guide des usagers, il est élaboré à partir des dimensions-clés du rétablissement (Provencher, 2002) et des modes d'accompagnement orientés vers le rétablissement (Provencher, 2008a, 2008b). En ce qui concerne les données quantitatives, le développement et le pré-test de trois nouveaux questionnaires auto-administrés documentent divers aspects liés à la promotion de l'approche du rétablissement dans les équipes (Provencher, 2008a, 2008b). Il s'agit : 1) du Questionnaire sur la Vision du Rétablissement (QVR), 2) de l'Échelle des Valeurs Organisationnelles Orientées vers le Rétablissement (ÉVOOR), et 3) du Questionnaire sur les Attitudes Relationnelles de Base Orientées vers le Rétablissement (QARBOR). Relativement aux effets de l'intégration, le « Recovery Assessment Scale » (RAS) (Corrigan et al., 1999) est traduit en français en suivant les étapes de la technique de traduction inversée parallèle (Vallerand & Halliwell, 1983) et est utilisé pour mesurer le rétablissement des pairs aidants et des usagers participant aux groupes de discussion. À ces données quantitatives s'ajoutent des données qualitatives à l'égard des dimensions et des indicateurs de résultats liés au rétablissement qui sont analysées à partir de la conception élargie de cette expérience qui repose sur la vision de la santé mentale complète (Provencher & Keyes, 2010, 2011). L'Annexe A et l'Annexe B proposent une description sommaire des instruments de mesure se rapportant au volet qualitatif et volet quantitatif alors que l'Annexe C présente la version canadienne-française du RAS utilisée dans l'étude.

Le processus itératif de l'analyse des données qualitatives repose sur cinq niveaux, des unités de sens à la comparaison des matrices du processus d'intégration d'une équipe à l'autre. Deux membres de l'équipe de recherche procèdent, de façon indépendante, à la codification des données et les cas de désaccord sont tranchés par consensus. Des mémos sont également rédigés tout au long de l'analyse des données, permettant de retracer les décisions prises tout au long du processus.

Quatre aspects liés à la méthode diffèrent du protocole initial de la recherche. Deux autres équipes, soit un total de huit, devaient aussi participer à l'étude. Toutefois, aucune d'entre elles n'assiste à la rencontre organisée avec les équipes pour planifier les mesures de recrutement des participants à l'étude, ces deux équipes n'envisageant plus à court-terme l'embauche de pairs aidants. Par ailleurs, l'une des six équipes doit procéder à l'embauche d'un second pair aidant, le premier n'ayant occupé ses fonctions que quelques mois. Les données dans cette équipe sont recueillies en avril 2010, soit un an après l'embauche du second pair aidant et débordant ainsi du calendrier initialement prévu. Quant au pair aidant qui a quitté son emploi, la coordonnatrice de l'étude a contacté l'équipe et le programme PAR pour avoir ses coordonnées. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'avaient ces informations et l'entrevue prévue dans le protocole n'a pu se faire. Finalement, des difficultés de recrutement dans une autre des équipes occasionnent un délai de la collecte de données, celle-ci n'ayant lieu qu'en décembre 2009.

Résultats

L'analyse des données conduit à la détermination des éléments-clés de la phase de préparation (avant l'arrivée du pair aidant) et de la phase d'implantation (après l'arrivée du pair aidant). Les effets de l'intégration représentent un autre aspect du processus d'intégration qui est détaillé, ciblant le rétablissement du pair aidant et des usagers suivis par le pair aidant, la satisfaction face aux services offerts par le pair aidant aux usagers de même que les pratiques en santé mentale dans l'équipe. Une lecture de la dynamique du processus d'intégration est aussi offerte, notamment à l'égard de recoupements entre la phase de préparation et la phase d'implantation.

Phase de Préparation

La phase de préparation débute avec l'idée d'intégrer un pair aidant et se termine par son embauche. Elle comprend aussi la formation initiale du programme PAR qui préparent les pairs aidants à l'exercice de leurs rôles. L'importance de bien préparer l'équipe est soulevée dans toutes les équipes, recoupant les commentaires des chefs de programme, des chefs d'équipe, des intervenants et des pairs aidants. Ces propos recourent la mise en évidence d'une relation positive entre la prédisposition de l'équipe à intégrer le pair aidant et la perception du niveau d'intégration du pair aidant et de la clarté de son apport spécifique un an après son embauche.

Les éléments-clés de la phase de préparation sont les suivants : le leadership des chefs de programme, le soutien des directeurs-cadres et du programme PAR, l'absence du titre d'emploi de pair aidant, la formation du pair aidant, l'offre suffisante d'activités préparatoires, l'ouverture des membres de l'équipe ainsi que la présence d'un consensus dans l'équipe et de balises suffisamment claires à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant. Les quatre derniers éléments représentent d'ailleurs des indices qui permettent d'évaluer le niveau de prédisposition de l'équipe à l'intégration. Alors que trois des six équipes démontrent un niveau suffisant de prédisposition à intégrer le pair aidant en répondant à l'ensemble de ces quatre critères, les autres équipes n'atteignent pas ce niveau. Les résultats de l'étude attirent notamment l'attention sur l'offre suffisante d'espaces de discussion dans l'équipe relativement aux éléments de profil du pair aidant à être embauché. Un autre aspect qui mérite d'être souligné est le fait que le consensus à l'égard de la délimitation des tâches spécifiques du pair aidant est plus facile à atteindre que celui se rapportant à la détermination de son niveau de responsabilité dans le suivi des usagers. Au moment de l'embauche, trois des pairs aidants ont la responsabilité de suivis, en lien avec leurs fonctions d'intervenant principal ou d'intervenant pivot.

Le programme PAR joue un rôle-clé en offrant des activités de familiarisation et de formation à l'égard du rôle et des tâches du pair aidant, lesquelles font partie des activités préparatoires. Un climat d'ouverture à l'égard de l'embauche du pair aidant prévaut d'ailleurs très clairement dans quatre des six équipes. Par ailleurs, la formation initiale offerte aux pairs aidants est fort appréciée, notamment les outils d'intervention reposant sur l'utilisation du savoir expérientiel. Le programme PAR apporte également un soutien appréciable à l'égard du recrutement et de l'embauche, incluant sa participation à des comités de sélection dans deux des six équipes, la diffusion d'information sur des descriptions de tâches et le réseautage des équipes. Il est à noter que le recrutement est plus difficile en milieu rural, le nombre de candidatures y étant plus restreint. Les expériences des équipes dirigent notamment l'attention sur deux des critères de sélection, soit la capacité du pair aidant à parler de son expérience personnelle de rétablissement et la stabilité clinique. Dans l'une des équipes, le pair aidant embauché est un ancien usager et cela nuit à son intégration, une attitude de surprotection étant présente chez certains intervenants de même que des attentes diminuées à l'égard de sa performance au travail qui le différencient d'ailleurs des autres membres de l'équipe.

L'absence du titre d'emploi complexifie le défi d'intégrer le pair aidant dans l'équipe. Elle entraîne plusieurs conséquences négatives, incluant l'établissement d'un contrat d'embauche différent des autres intervenants, un statut précaire de l'emploi (le contrat d'embauche devant être renouvelé sur une base annuelle) ainsi que l'absence d'un statut d'employé. Le démarrage du projet en dépit de l'absence du titre d'emploi témoigne de l'engagement des chefs de programmes et de leurs croyances dans la valeur ajoutée du pair aidant à l'égard de l'offre de services. Les directeurs-cadres partagent cette croyance et celle-ci renvoie au dégagement de ressources financières liées à l'embauche du pair aidant. Quant aux syndicats, ils donnent leur appui temporaire au projet dans la presque totalité des équipes et attendent le titre d'emploi pour poursuivre les discussions.

Phase d'Implantation

La promotion de l'approche du rétablissement, l'apport spécifique du pair aidant et l'expérience d'intégration représentent les trois composantes qui structurent la phase d'implantation et des éléments-clés se rattachent à chacune d'entre elles. L'ancrage de pratiques orientées vers le rétablissement correspond à l'élément-clé lié à la promotion de cette approche. Quant aux quatre éléments-clés de la spécificité du pair aidant, ils se rapportent aux ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant aux usagers et à trois éléments de gestion, soit l'aspect processuel, les stratégies de définition de même que les mesures d'encadrement liés au rôle et aux tâches du pair aidant. Les éléments-clés de l'expérience d'intégration concernent la vision de l'intégration, le soutien offert au pair aidant, le soutien offert à l'équipe et le monitoring de l'intégration.

Ancrage du rétablissement. Un discours orienté vers la promotion du rétablissement est présent dans toutes les équipes, recoupant les données qualitatives ainsi que les résultats obtenus à l'aide du QVR et de l'ÉVOOR. Toutefois, les équipes diffèrent à l'égard de l'ancrage du rétablissement, lequel correspond au degré d'implantation de pratiques basées sur cette approche et qui différencie les pratiques établies de celles en émergence en fonction de la durée et de la prédominance de leur utilisation dans l'équipe. Les pratiques établies sont ainsi présentes depuis un bon moment et leur utilisation est largement répandue dans l'équipe. Quant aux pratiques en émergence, leur utilisation est plutôt récente et demeure relativement limitée, d'autres formes pratiques prévalant dans l'équipe. Alors que des pratiques établies caractérisent trois des équipes, elles sont plutôt en émergence dans les trois autres. Les équipes ayant des pratiques établies ont plutôt tendance à se démarquer de celles ayant des pratiques en émergence par l'offre de mesures de formation et de soutien aux intervenants visant à promouvoir des pratiques basées sur le rétablissement. L'importance d'offrir de la formation sur le rétablissement avant l'arrivée du pair aidant est un aspect notamment souligné dans trois des équipes, permettant de mieux préciser son apport et d'accentuer sa complémentarité avec les autres intervenants.

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement joue un rôle déterminant dans la définition du rôle et des tâches du pair aidant. En ce qui concerne le rôle attendu du pair aidant à l'égard de la promotion des pratiques orientées vers le rétablissement chez les intervenants, il est davantage accentué dans les équipes ayant des pratiques en émergence. Ces équipes misent sur l'expertise du pair aidant en matière de rétablissement pour soutenir les intervenants dans le développement de pratiques basées sur cette approche, incluant l'apport d'information et d'outils dans ce domaine. À la fin de la première année d'embauche du pair aidant, deux de ces trois équipes expriment de l'insatisfaction face au rôle joué par le pair aidant à cet égard.

Le rôle du pair aidant dans la promotion du rétablissement chez les usagers tend aussi à varier en fonction du niveau d'ancrage des pratiques. Alors qu'un rôle partagé avec les intervenants est documenté dans les équipes ayant des pratiques établies, le rôle du pair aidant est plutôt prépondérant dans les équipes ayant des pratiques en émergence. En ce qui concerne le rôle partagé, la complémentarité du pair aidant dans le suivi des usagers est accentuée tout en surveillant le chevauchement de tâches entre le pair aidant et les autres intervenants (par ex., éducateur spécialisé). Le rôle prépondérant du pair aidant s'inscrit dans un cadre où son expertise en matière de rétablissement est vue comme étant plus grande que celle des intervenants, les usagers perçus comme étant les plus susceptibles de bénéficier d'un soutien axé sur le rétablissement lui étant principalement référés. Ceci sous-tend un découpage de la clientèle qui est notamment documentée dans ces équipes : les usagers aptes à se rétablir sont référés au pair aidant alors que les autres usagers sont suivis par les intervenants. Le principal enjeu lié au rôle partagé dans les équipes ayant des pratiques établies réside dans la mise en place de mesures efficaces liées au monitoring de la spécificité du pair aidant (par ex., critères de référence de la clientèle au pair aidant) alors que le découpage de la clientèle représente le principal enjeu dans les équipes ayant des pratiques en émergence.

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement est un élément-clé de la phase d'implantation en raison de sa relation avec la perception du niveau d'intégration du pair aidant et de la clarté de son rôle et de ses tâches un an après son embauche. Ainsi, les équipes ayant des pratiques en émergence sont celles où l'intégration du pair aidant est perçue comme étant incomplète alors que les équipes ayant des pratiques établies sont celles où l'intégration est perçue comme étant complète. De plus, les équipes ayant des pratiques établies sont celles qui rapportent une clarté suffisante à l'égard de l'apport spécifique du pair aidant alors que les équipes ayant des pratiques en émergence rapportent un manque de clarté à cet égard.

Ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant. La valeur ajoutée du pair aidant dans l'offre de services orientés vers le rétablissement renvoie à des ingrédients qui différencient le soutien qu'il apporte aux usagers, et cela comparativement au soutien offert par les autres intervenants. Ces ingrédients spécifiques se rapportent au savoir expérientiel, à la proximité avec l'utilisateur et à des particularités de la relation d'aide. L'ingrédient de base, soit le *savoir expérientiel*, est largement reconnu comme un élément de spécificité dans l'ensemble des équipes. Ceci fait écho aux critères d'embauche qui insistent non seulement sur le fait d'avoir vécu un trouble mental mais aussi sur la capacité du pair aidant à utiliser les leçons tirées de son vécu pour aider les usagers à se rétablir. Reposant largement sur l'utilisation du savoir expérientiel, les outils d'intervention du pair aidant contribuent aussi à accentuer son apport spécifique dans le soutien aux usagers et sont d'ailleurs fort appréciés chez les membres des diverses équipes.

Reposant sur le savoir expérientiel, la proximité entre le pair aidant et l'utilisateur correspond au second ingrédient et comprend deux volets, soit la *proximité expérientielle et relationnelle*. La proximité expérientielle consiste dans le rapprochement entre l'expérience du rétablissement du pair aidant et celle de l'utilisateur. Plusieurs éléments de comparaison permettent notamment à l'utilisateur d'établir un pont entre son expérience de rétablissement et celle du pair aidant, dont des comparaisons latérales (« *le pair aidant est aussi passé par là* »), des comparaisons ascendantes (« *le pair aidant est un modèle pour moi* ») ainsi que la promotion de l'universalité des expériences (« *je ne suis pas seul, le pair aidant l'a aussi vécu*») et la reconnaissance de la crédibilité de l'expérience du pair aidant (« *et si c'était vrai pour moi aussi* »). Le rapprochement entre l'utilisateur et le pair aidant se transpose également au plan relationnel à l'aide de rapports fondés sur l'intimité, l'égalité, la familiarité et la réciprocité. La familiarité fait notamment écho à l'établissement de liens amicaux entre le pair aidant et l'utilisateur. Tous les pairs aidants sont sensibilisés à l'égard de la mise en place de limites liées à leur rôle d'intervenant d'une part, et à leur rôle de pair, voire d'ami, d'autre part. Toutefois, trois des six équipes rapportent une tendance chez le pair aidant à confondre ces deux rôles.

Agissant de façon synergique, ces deux types de proximité entraînent plusieurs retombées positives chez l'utilisateur. Ces retombées comprennent une plus grande tendance à se révéler au pair aidant, le sentiment d'être utile au pair aidant de même que la croyance renouvelée dans son potentiel de rétablissement, dont l'espoir de se rétablir. Peu d'utilisateurs évoquent des retombées négatives liées à la proximité et lorsque celles-ci sont présentes, elles tendent à s'estomper au fil des échanges avec le pair aidant (par ex., sentiment de fardeau lié à un vécu plus lourd chez le pair aidant et associé à une comparaison descendante). Les retombées liées à la proximité sous-tendent plusieurs mécanismes, dont l'identification positive au pair aidant chez l'utilisateur, le dévoilement de soi chez le pair aidant et sa compréhension du vécu de l'utilisateur ainsi que l'établissement d'une confiance accélérée entre le pair aidant et l'utilisateur. Le partage de vécu permet aussi de reconnaître chez l'autre ses forces et ses stratégies gagnantes à l'égard du rétablissement. De plus, le partage de renseignements, d'émotions ou de croyances contribue à l'expression de sympathie de l'un envers l'autre.

Reposant sur le savoir expérientiel et interagissant avec la proximité expérientielle et relationnelle, le troisième ingrédient spécifique concerne deux particularités liées aux attitudes thérapeutiques. Comparativement aux intervenants, *l'attitude du pair aidant* est vue comme étant *davantage centrée sur la personne*. Le pair aidant offre une présence où l'utilisateur perçoit qu'il est « là » pour l'aider et qu'il s'attarde à ses émotions, l'expression « *docteur de l'âme* » étant d'ailleurs rapportée dans l'une des équipes. La seconde particularité se rapporte à la *compréhension empathique du pair aidant*. Celle-ci a notamment davantage de résonance affective chez l'utilisateur, comparativement à l'empathie des intervenants. La mise en évidence de vécus similaires aide l'utilisateur à se recentrer sur son propre parcours, ce qui l'amène à identifier des repères lui permettant « d'allumer » et de mieux se comprendre. Bref, le dévoilement du pair aidant à l'égard de son propre vécu « vient chercher » l'utilisateur et suscite chez lui une charge émotive positive qui l'incite à poser un nouveau regard sur son expérience personnelle et à entrevoir une nouvelle interprétation de son vécu.

En résumé, le savoir expérientiel, la proximité expérientielle et relationnelle de même que l'attitude davantage centrée sur l'utilisateur et la présence d'une compréhension empathique à plus forte résonance affective chez l'utilisateur représentent des ingrédients spécifiques liés au soutien offert par le pair aidant. Ce soutien recoupe d'ailleurs toutes les dimensions du rétablissement, que ce soit la redéfinition et l'expansion du soi, l'espoir, la spiritualité, le pouvoir d'agir et les relations avec les autres.

Éléments-clés liés à la gestion de la spécificité. La clarté du rôle et des tâches spécifiques du pair aidant représente un important indice lié au succès de la phase d'implantation, étant notamment reliée à la perception du niveau d'intégration du pair aidant un an après son embauche. Plus précisément, les trois équipes qui rapportent suffisamment de clarté à l'égard de la spécificité du pair aidant sont aussi celles dont l'intégration est perçue comme étant achevée un an après son embauche. En contraste, les trois équipes qui rapportent insuffisamment de clarté à l'égard de la spécificité du pair aidant sont aussi celles dont l'intégration est perçue comme étant partiellement atteinte un an après son embauche. Trois éléments-clés caractérisent la gestion de l'apport spécifique du pair aidant et les principaux résultats de l'étude qui s'y rattachent sont maintenant présentés.

Aspect processuel lié à la définition de la spécificité. Toutes les équipes rapportent que le rôle et les tâches du pair aidant se précisent au cours de la première année, même si certaines équipes ne parviennent pas à atteindre un niveau suffisant de clarté à la fin de cette période. Les travaux initiés à la phase de préparation se poursuivent donc à la phase d'implantation, la description de tâches élaborée avant l'arrivée du pair aidant dans l'équipe ne correspondant pas à « un produit fini » mais représentant plutôt un document qui se bonifie au fil du temps et des expériences de collaboration entre le pair aidant et les membres de l'équipe. L'aspect processuel fait également écho à des changements dans la façon de définir le rôle et les tâches spécifiques du pair aidant entre la phase de préparation et celle d'implantation, notamment à l'égard du niveau de responsabilité attribué au pair aidant dans le suivi des usagers. Alors que trois des six pairs aidants ont cette responsabilité à la phase de préparation (c.-à-d., intervenant primaire, intervenant pivot), seulement l'un d'entre eux la conserve à la phase d'implantation.

Stratégies de définition. L'expertise du pair aidant en matière de savoir expérientiel est la principale raison de son embauche dans les équipes. De plus, les usagers qui sont référés au pair aidant savent que ce dernier a un vécu lié à un trouble mental. Bref, le savoir expérientiel représente l'angle de prise qui est privilégié pour délimiter les tâches spécifiques du pair aidant. Comme l'utilisation du savoir expérientiel renvoie à la promotion de l'ensemble des facettes du rétablissement, les équipes ont recours à diverses stratégies de définition.

À la phase d'implantation, cinq des six équipes choisissent la stratégie de « co-intervention » pour intégrer le pair aidant dans le suivi des usagers. Ceci signifie qu'il n'assume pas la responsabilité des dossiers et qu'il n'intervient dans les suivis que si son expertise liée à l'utilisation du savoir expérientiel s'avère pertinente au plan d'intervention de l'utilisateur. De plus, la majorité des équipes optent pour un mode parallèle de collaboration entre le pair aidant et l'intervenant, les deux parties offrant de façon simultanée un soutien à l'utilisateur. Une seule des équipes privilégie un mode séquentiel de collaboration, le pair aidant apportant un soutien à l'utilisateur à la suite de l'implication de l'intervenant dans le dossier. En ce qui concerne le mode parallèle de collaboration, certaines équipes réfèrent au pair aidant des usagers qui sont peu motivés à se rétablir alors que d'autres équipes lui réfèrent plutôt des usagers qui sont prêts à s'engager plus à fond dans leur rétablissement. Quant au mode séquentiel de collaboration, ce sont plutôt les usagers en panne de motivation (ou se retrouvant dans une phase de plateau) qui sont référés au pair aidant. Les deux modes de collaboration impliquent un monitoring de l'assignation de la clientèle au pair aidant et de l'évolution du suivi offert par le pair aidant. Les équipes diffèrent d'ailleurs dans le développement et l'implantation d'outils liés à ces activités de monitoring.

L'offre de nouveaux services qui repose sur l'utilisation du savoir expérientiel du pair aidant représente une autre stratégie qui accentue son apport spécifique dans le suivi des usagers. À cet égard, cinq des six pairs aidants implantent des ateliers de groupe sur le rétablissement, ceux-ci venant enrichir l'offre des services dans l'équipe. Les outils d'intervention du pair aidant qui font appel au savoir expérientiel contribuent également à établir la spécificité du pair aidant. Finalement, les six équipes sont également réparties à l'égard d'une délimitation étroite ou bien élargie de tâches spécifiques. Alors que trois des équipes misent sur l'identification de champs d'activités spécifiques (par ex., gestion de la médication, réactions de deuil face à la maladie), les trois autres privilégient une approche plutôt transversale de l'utilisation du savoir expérientiel qui recoupe divers champs d'activités.

Bref, diverses stratégies concourent à délimiter l'apport spécifique du pair aidant dans le suivi des usagers. Ces stratégies représentent d'ailleurs un domaine peu documenté dans la littérature et les expériences des équipes apportent une contribution originale à cet égard.

Mesures d'encadrement. Tout d'abord, il importe de souligner que les équipes qui rapportent suffisamment de clarté à l'égard de la spécificité du pair aidant sont plutôt celles qui mettent en place des outils de référence et de suivi de la clientèle au cours de la première année d'intégration du pair aidant. À l'inverse, les équipes qui rapportent insuffisamment de clarté à l'égard de la spécificité du pair aidant sont plutôt celles qui signalent des lacunes à l'égard du monitoring des tâches spécifiques du pair aidant. Les mesures d'encadrement des tâches spécifiques du pair aidant représentent donc un élément-clé de la gestion de son apport spécifique dans l'équipe.

Les mesures d'encadrement comprennent ainsi des outils (par ex., détermination de critères) et des structures (par ex., comité) qui facilitent le processus de référence de la clientèle de même que l'évaluation périodique des suivis offerts par le pair aidant, dont l'examen de la poursuite ou de la cessation de l'offre de ses services. De tels outils sont documentés dans trois des équipes. Il convient aussi de noter que trois des six chefs d'équipe sont passablement impliqués dans des fonctions de monitoring à l'égard du rôle spécifique du pair aidant, cette surveillance étant principalement assumée par le chef de programme dans une autre équipe. Finalement, deux des équipes misent sur la co-construction pour préciser l'apport spécifique du pair aidant, accentuant la contribution de ce dernier et des intervenants dans les travaux de définition et d'encadrement.

En résumé, la détermination de l'apport spécifique du pair aidant est l'objet d'importants travaux à la phase d'implantation, la phase de préparation ne signalant que le point de départ de ce processus. La majorité des équipes investissent beaucoup de temps et d'énergie pour définir ces tâches, la démonstration de l'apport spécifique du pair aidant étant perçue comme un important enjeu pour l'obtention du titre d'emploi. Quant aux mesures d'encadrement, elles jouent un rôle-clé dans la clarification de l'apport spécifique du pair aidant. Ces mesures comprennent notamment des critères liés à l'assignation de la clientèle au pair aidant de même qu'à l'évaluation des suivis en cours. Finalement, l'application des mesures d'encadrement influent sur la clarté de l'apport spécifique du pair aidant plutôt que les stratégies de définition.

Éléments-clés liés à l'expérience d'intégration. Un portrait global de l'expérience d'intégration du pair aidant dans chacune des six équipes est offert par l'intermédiaire de deux indices, soit l'état de l'intégration et la satisfaction liée à l'expérience d'intégration. Ces indices correspondent à une évaluation subjective de cette expérience, telle que perçue un an après l'embauche du pair aidant dans l'équipe. Elle repose sur les commentaires du chef de programme, du chef d'équipe, du pair aidant et des intervenants.

Le premier indice, soit l'état de l'intégration, se subdivise en trois sous-indices : 1) la perception du pair aidant comme un membre à part entière de l'équipe, 2) la perception du niveau d'intégration du pair aidant dans l'équipe, et 3) l'utilisation des services du pair aidant dans l'équipe. En ce qui concerne le premier sous-indice, les six équipes considèrent le pair aidant comme un membre à part entière un an après son embauche. Toutefois, les perceptions varient davantage à l'égard du second sous-indice. Plus précisément, trois des pairs aidants sont vus comme étant bien intégrés dans l'équipe alors que l'intégration est perçue comme étant incomplète dans les trois autres équipes. L'utilisation des services du pair aidant, soit le troisième sous-indice, varie d'ailleurs en fonction du niveau de son intégration dans l'équipe, l'utilisation suffisante des services étant reliée à la perception d'une intégration complète et la sous-utilisation des services à la perception d'une intégration partielle.

Quant au second indice d'intégration, l'ensemble des pairs aidants démontrent de la satisfaction à l'égard de leurs expériences d'intégration, ce sentiment étant plutôt indépendant de leur niveau d'intégration pour trois d'entre eux. Ceci renvoie à l'importance accordée aux apprentissages liés à cette expérience et à la perception de celle-ci comme un processus qui évolue au fil du temps, l'état de l'intégration n'en représentant que l'un des volets. En ce qui concerne les autres membres de l'équipe, un niveau relativement élevé de satisfaction fait l'objet d'un consensus dans quatre des cinq équipes où cet aspect est suffisamment détaillé. Dans l'une de ces cinq équipes, des intervenants expriment de l'insatisfaction face à l'expérience d'intégration du pair aidant alors que le chef de programme démontre un niveau de satisfaction relativement élevé. Dans cette équipe, l'embauche du pair aidant (plutôt qu'un autre intervenant) pour répondre aux besoins en matière de services continue d'être remise en question chez certains intervenants un an après son entrée en fonction. De plus, le délai dans l'offre de la formation initiale du programme PAR et la réticence de certains médecins à approuver les demandes de référence au pair aidant faites par les intervenants sont d'autres éléments liés au sentiment d'insatisfaction.

Bref, les six pairs aidants sont perçus comme des membres à part entière dans leur équipe. Toutefois, l'intégration est perçue comme étant complète seulement chez la moitié d'entre eux. Une sous-utilisation des services du pair aidant est notamment observée dans les trois équipes où l'intégration s'avère incomplète. Quant à la satisfaction à l'égard de l'expérience d'intégration, elle est présente dans la majorité des équipes. Ces divers résultats indiquent que l'intégration du pair aidant représente un défi de taille. Les principaux enjeux liés à son succès renvoient à quatre éléments-clés qui sont maintenant abordés.

Vision de l'intégration basée sur l'innovation et la normalisation. L'innovation et la normalisation représentent les deux approches qui structurent l'expérience d'intégration du pair aidant dans les équipes. En ce qui concerne l'innovation, les chefs de programme perçoivent l'intégration comme un processus qui va se bonifier au fil du temps. Ils démontrent d'ailleurs de l'ouverture à effectuer des changements pour optimiser l'expérience d'intégration. Ces changements portent sur divers aspects de l'expérience d'intégration, dont l'organisation plus formelle d'activités de formation sur le rétablissement offertes par le pair aidant aux intervenants, l'offre de stages au pair aidant pour actualiser ses connaissances à l'égard de son rôle et de ses tâches de même que l'ajout de nouveaux services, notamment l'offre d'ateliers de groupe par le pair aidant.

L'autre vision qui prédomine dans les diverses équipes est d'intégrer le pair aidant comme tout autre employé nouvellement embauché. Tous les chefs de programme ont recours aux mêmes politiques ou mesures de gestion du personnel que celles utilisées pour les autres employés. Ceci concerne notamment l'évaluation de la performance au travail ou bien le retour au travail après une absence de maladie du pair aidant (situation présente dans l'une des six équipes). De plus, la vision de normalisation cohabite sans difficulté avec l'offre d'accommodements, bien que peu de pairs aidants en aient demandés. Comme cela a aussi été souligné ci-dessus, la perception du pair aidant comme un membre à part entière est documentée dans toutes les équipes et renvoie au processus d'intégration appréhendé sous l'angle de la normalisation.

Soutien offert au pair aidant. Le second élément-clé de l'expérience d'intégration concerne le soutien offert au pair aidant. Les expériences des équipes dirigent l'attention sur *six principales cibles de soutien*, soit la santé au travail, le rôle et les tâches, les habiletés liées à la relation d'aide et d'autres compétences liées au suivi des usagers, l'actualisation professionnelle, la collaboration interprofessionnelle de même que les activités de réseautage et de soutien entre pairs aidants.

La première cible de soutien se rapporte à la *santé au travail du pair aidant*. Ce volet est documenté dans toutes les équipes et souligne l'importance qui est accordée aux mesures de prévention de la rechute chez le pair aidant. L'une d'entre elles se rapporte à la désignation par le pair aidant d'un mentor, celui-ci étant un membre de l'équipe avec lequel il discute d'éléments de stress liés au travail tout en l'informant de signes de rechutes à surveiller et du plan d'action à suivre pour gérer une éventuelle décompensation (par ex., personnes à contacter en cas de rechute). Alors que trois des pairs aidants ont un mentor dans l'équipe, les autres pairs aidants informent les membres de l'équipe de leurs signes de rechute et sollicitent leur participation à la surveillance de tels signes. Un climat de transparence à l'égard de la surveillance des signes avant-coureurs prévaut ainsi dans l'ensemble des équipes. Par ailleurs, cette surveillance s'inscrit plutôt dans un cadre d'optimisation de l'intégration du pair aidant que dans un cadre de stigmatisation où le trouble mental le fragilise et le différencie de ses collègues de travail.

La seconde cible de soutien concerne *le rôle et les tâches du pair aidant*. De la supervision est offerte au pair aidant pour que ses activités de suivi à la clientèle soient conformes aux tâches qui lui ont été attribuées. Le chevauchement entre ses tâches et celles des autres intervenants fait l'objet d'une attention particulière.

La troisième cible de soutien se rapporte aux *habiletés liées à la relation d'aide de même qu'à d'autres compétences liées au suivi des usagers*. Les compétences cliniques varient considérablement d'un pair aidant à l'autre. De plus, les équipes diffèrent à l'égard de l'importance accordée aux connaissances du pair aidant en matière de psychopathologies et de modes d'interventions thérapeutiques. Par ailleurs, les liens de proximité avec l'usager renvoient à la redéfinition de la relation dans son cadre thérapeutique, comme l'indique l'un des pairs aidants. Toutefois, trois des six pairs aidants ont parfois tendance à confondre le rôle d'ami avec celui d'intervenant et la gestion du double rôle est abordée en supervision. Finalement, les règles à l'égard de la confidentialité des informations se rapportant aux usagers sont clairement établies dans les équipes, en lien avec

les recommandations du programme PAR. Alors que la majorité des pairs aidants les mettent en application, deux des équipes rapportent avoir eu besoin de traiter de cette question lors de supervisions avec le pair aidant.

À l'aide de la « Fiche de renseignements démographiques, cliniques et professionnels », les pairs aidants rapportent, en moyenne, deux heures de supervision par mois, variant de zéro à quatre heures. Cette supervision est offerte par l'un des membres de l'équipe et l'offre de supervision dès l'entrée en fonction du pair aidant est notamment soulignée dans l'étude. Deux des six équipes signalent une diminution du temps de supervision au fil de l'intégration du pair aidant, celui-ci ayant de moins en moins de besoins à cet égard. Cette diminution est notamment présente dans deux des trois équipes où l'intégration du pair aidant est perçue comme étant complète un an après son embauche.

La quatrième cible de soutien concerne l'actualisation professionnelle des pairs aidants et les mesures s'y rapportant sont offertes dans l'ensemble des équipes. Les six pairs aidants bénéficient de la formation continue offerte par le programme PAR ainsi que d'autres mesures d'actualisation professionnelle (par ex., conférences, colloques). La formation continue offerte par le programme PAR ressort comme un levier important à l'actualisation professionnelle des pairs aidants, venant s'ajouter à la formation initiale dont la durée est d'une soixantaine d'heures. Elle permet notamment de consolider les compétences cliniques des pairs aidants, celles-ci variant d'un pair aidant à l'autre. Une autre mesure d'actualisation professionnelle réside dans l'offre d'un stage auprès d'un autre pair aidant. Trois des six pairs aidants bénéficient de cette mesure qui est d'ailleurs fort appréciée, leur permettant de mieux définir leur apport spécifique dans le soutien offert aux usagers.

La cinquième cible de soutien se rapporte à la collaboration interprofessionnelle. Pour tout nouvel employé, les habiletés à travailler en équipe sont des attributs personnels qui contribuent à son intégration et il en va de même pour le pair aidant. Toutefois, l'évolution dans la définition de son rôle en cours d'intégration accentue l'importance de ses habiletés sociales, notamment l'ouverture au dialogue à l'égard du départage de ses tâches dans les suivis conjoints avec les intervenants. Ces habiletés varient d'ailleurs entre les pairs aidants et influent sur le niveau d'intégration qui est perçu un an après leur embauche.

Un autre aspect lié à la collaboration interprofessionnelle se rapporte au dévoilement du pair aidant à l'équipe. Le dévoilement de la part du pair aidant d'éléments de son vécu est vu comme une mesure permettant de mieux le connaître, voire de lui référer des usagers dans le contexte où son savoir expérientiel est l'élément qui le différencie des autres intervenants. Bien que le pouvoir décisionnel du pair aidant face à l'étendue et au contenu du dévoilement soit largement reconnu dans les équipes, des différences émergent entre elles à l'égard du soutien qui lui est offert pour le guider dans cette activité de dévoilement. De plus, un délai dans le dévoilement du pair aidant est notamment relié à la sous-utilisation de ses services dans certaines équipes. Ces résultats de l'étude soulignent l'importance d'adresser la question du dévoilement avec le pair aidant et les membres de l'équipe de même que la formalisation d'une activité s'y rapportant, et cela dès l'arrivée du pair aidant dans l'équipe.

La sixième et dernière cible de soutien concerne les *activités de réseautage et de soutien entre les pairs aidants*. Plusieurs pairs aidants soulignent le manque d'activités structurées de réseautage, certains d'entre eux évoquant un sentiment de solitude. Par ailleurs, le programme PAR offre « sur demande » de la supervision à des pairs aidants. Ce soutien offert par un pair aidant à un autre pair aidant permet notamment d'aborder des questions liées à l'utilisation du savoir expérientiel auprès des usagers (par ex., dosage de l'auto divulgation) et à la proximité avec l'utilisateur (par ex., gestion des liens d'amitié entre le pair aidant et l'utilisateur). Bien que ces thèmes puissent être discutés dans le cadre d'une supervision avec un intervenant non pair, l'accès à un pair superviseur est perçu comme un net avantage.

Finalement, le soutien offert au pair aidant par les membres de l'équipe est perçu comme étant suffisant et satisfaisant dans trois des équipes alors que les autres équipes soulignent des lacunes à cet égard. En ce qui concerne la satisfaction à l'égard du soutien offert au pair aidant par le programme PAR, elle varie selon les types de répondants. Alors que les pairs aidants démontrent une satisfaction plutôt élevée, la perception des membres de l'équipe est davantage mitigée, représentant une source d'insatisfaction dans quatre des six équipes.

Soutien à l'équipe. Ce troisième élément-clé de l'expérience d'intégration comprend deux principales cibles de soutien, soit le rôle et les tâches du pair aidant de même que la collaboration interprofessionnelle. La première cible de soutien à l'équipe concerne l'offre d'espaces de discussion pour échanger sur *le rôle et les*

tâches du pair aidant, dont l'offre d'ajustements pour préciser davantage l'apport spécifique. Ces ajustements renvoient à l'aspect processuel lié à la définition de la spécificité qui est documenté dans toutes les équipes.

La seconde cible de soutien se rapporte à la *collaboration entre les membres de l'équipe et le pair aidant*. Quatre des six équipes rapportent des situations liées à la confusion de rôle, soulignant son importance comme cible de soutien. Chez les intervenants, la confusion de rôles correspond à la difficulté de départager le rôle de collègue de celui de thérapeute dans les relations avec le pair aidant. Chez le pair aidant, elle se traduit par la difficulté à endosser le rôle d'intervenant et à se percevoir davantage comme un pair. Un autre enjeu lié à la collaboration interprofessionnelle concerne la réticence à référer des usagers au pair aidant, reposant, entre autres, sur une connaissance insuffisante du pair aidant (en lien avec un délai dans le dévoilement du pair aidant) de même qu'un manque de confiance dans ses compétences cliniques. La collaboration entre les médecins et le pair aidant représente un autre important enjeu lié au succès de l'intégration. La majorité des équipes, soit quatre sur six, rapportent une attitude d'ouverture chez les médecins (c.-à-d., omnipraticiens, psychiatres) à l'égard de l'implication du pair aidant dans le suivi de la clientèle. Dans l'une des équipes, la réticence de certains médecins à référer la clientèle au pair aidant diminue à la suite de la formation initiale du pair aidant, celle-ci ayant été offerte 7 mois après son arrivée dans l'équipe. Des membres de cette équipe relèvent le manque d'information scientifique à l'égard de la valeur ajoutée du pair aidant dans le suivi des usagers et le manque d'échanges avec le pair aidant (certains médecins ne participant pas aux réunions d'équipes) comme des facteurs pouvant expliquer l'attitude mitigée de certains médecins. Par ailleurs, il importe d'accentuer l'importance d'offrir la formation initiale avant l'arrivée du pair aidant dans l'équipe, le décalage compliquant l'expérience d'intégration. Finalement, la diffusion dans l'équipe d'expériences positives de collaboration entre le pair aidant et les intervenants (par ex., lors de réunions d'équipe) représente une stratégie qui contribue au succès de l'intégration.

Globalement, deux des équipes rapportent des lacunes à l'égard du soutien offert aux membres de l'équipe au cours de la première d'intégration du pair aidant. Par ailleurs, trois des six équipes sont insatisfaites du soutien offert aux membres de l'équipe par le programme PAR. Elles déplorent le manque de régularité dans le suivi du processus d'intégration, ce programme offrant plutôt un soutien ponctuel (c.-à-d., « sur demande »).

Monitoring de l'intégration du pair aidant. En ce qui concerne ce quatrième et dernier élément-clé, trois des équipes rapportent des rencontres-bilans qui permettent de faire le point sur l'expérience d'intégration et de procéder à des ajustements à l'égard du processus d'intégration (par ex., définition des tâches spécifiques du pair aidant). De plus, des données sont recueillies dans trois des équipes pour documenter les activités de travail du pair aidant ou bien les effets de ses services sur la clientèle. Bref, les expériences des équipes démontrent l'importance de la mise en place d'activités de monitoring pour optimiser l'intégration du pair aidant, dont des activités de collecte et d'analyse des données.

Activités de travail. Comme cela a été évoqué plus-haut, la promotion du rétablissement, l'apport spécifique du pair aidant et l'expérience d'intégration représentent les trois composantes-clés qui structurent la phase d'implantation. Ces composantes s'inscrivent dans un rapport de réciprocité et chacune d'entre elles contribue à déterminer le travail du pair aidant, et vice versa. Les conditions et les activités de travail du pair aidant sont au cœur de la phase d'implantation et les principaux résultats s'y rapportant sont maintenant présentés.

Conditions de travail. Les pairs aidants sont très satisfaits de leurs conditions de travail (*voir la méthode pour plus de renseignements sur les conditions de travail*). Toutefois, ils déplorent l'absence du titre d'emploi, empêchant la syndicalisation, l'accès à un poste permanent de même que l'établissement d'un contrat d'embauche similaire à ceux des autres employés.

Activités cliniques. Tous les pairs aidants offrent du suivi individuel aux usagers, que ce soit dans le cadre de services de suivi intensif (4 équipes) ou de soutien d'intensité variable (2 équipes). Au total, 120 personnes ont été suivies par les six pairs aidants au cours de la première année d'intégration. Un peu plus de la moitié de l'échantillon est composé d'hommes et l'âge moyen est de 42 ans. Plus des deux tiers des usagers sont célibataires alors que plus de la moitié vivent en logement autonome et près de la moitié ont complété une formation de niveau secondaire. Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents sont la schizophrénie et les troubles de l'humeur, représentant plus de la moitié et le tiers de l'échantillon respectivement. L'âge moyen de la première consultation en santé mentale et de la première hospitalisation est de 30 ans et la médiane du nombre

d'hospitalisations est de 5. Le nombre moyen de tous les suivis est de 17. Le pair aidant passe, en moyenne, 3 heures par mois avec la personne, le minimum et le maximum d'heures étant de 1 à 8. La durée moyenne des suivis s'élève à environ 6 mois. Les services les plus fréquemment offerts sont ceux d'enrichissement (par ex., augmenter les forces; accent sur la spiritualité/religion) (63 %), de traitement (55 %) (par ex., psychoéducation, gestion du trouble mental) et de réadaptation (51 %). Les services les moins fréquemment offerts se rapportent à l'intervention de crise (13 %), au soutien à l'égard des services de base (11 %) (par ex., banque alimentaire, hébergement d'urgence) de même qu'à la défense et la protection des droits (0.8 %). Finalement, les interventions auprès de la famille de l'utilisateur représentent un champ d'activités qui est peu documenté dans les entrevues.

Outre le suivi individuel, cinq des six pairs aidants offrent des ateliers à des groupes d'utilisateurs qui portent sur le rétablissement. L'un des pairs aidants offre conjointement avec le chef d'équipe des activités de sensibilisation à l'égard des préjugés dans divers organismes localisés dans la communauté. Finalement, quatre des pairs aidants inscrivent leurs notes au dossier de l'utilisateur. L'un des pairs aidants utilise le format des notes de l'auxiliaire familiale pour y consigner ses informations alors qu'un autre pair aidant les inscrit dans les dossiers « internes » de l'équipe, n'ayant pas le droit de les consigner au dossier médical.

Activités de formation. Deux pairs aidants offrent des stages de quelques jours à d'autres pairs aidants ayant participé à l'étude. Ces stages sont fort appréciés par les deux parties et contribuent au rayonnement de l'équipe-hôte. Par ailleurs, la formalisation d'activités de formation offertes par le pair aidant aux membres de l'équipe est surtout présente dans deux des trois équipes ayant des pratiques de rétablissement en émergence. Un moment est ainsi réservé au pair aidant dans les réunions d'équipe afin qu'il transmette de l'information à l'égard du rétablissement, dont la présentation de ses outils d'intervention. Quant aux trois équipes ayant des pratiques établies, la formalisation d'activités de formation est beaucoup moins présente. Toutefois, le regard critique du pair aidant face à la promotion du rétablissement à partir de son expérience personnelle représente « un plus » qui contribue à enrichir les pratiques des intervenants.

Activités de rayonnement. Ces activités se rapportent à la promotion du rôle de pair aidant, notamment des présentations dans divers organismes ou dans le cadre de colloques. Des travaux de publication sont également mentionnés, comme des articles dans des revues professionnelles. Deux des six pairs aidants sont très sollicités pour l'offre de présentations, celles-ci faisant d'ailleurs l'objet d'un triage afin d'éviter une surcharge de travail ou de prévenir un sous-investissement dans des activités cliniques.

Effets de l'Intégration

Les effets de l'intégration du pair aidant dans les six équipes sont largement positifs, peu de retombées négatives ayant été rapportées. Outre l'évolution positive dans la trajectoire de rétablissement, les retombées positives sur le rétablissement des usagers sont fort nombreuses. Elles comprennent une plus grande révélation de soi au pair aidant de même qu'une meilleure compréhension et connaissance de soi (par ex., découverte de forces). L'identification positive au pair aidant et le sentiment d'espoir qui lui est associé ainsi que la croyance à l'égard d'un rétablissement optimal représentent d'autres effets positifs chez l'utilisateur qui sont rapportés autant chez les membres de l'équipe que chez les usagers. En lien avec le pouvoir d'agir, le développement d'habiletés dans plusieurs domaines (par ex., gestion du trouble mental, activités de la vie quotidienne, santé mentale positive) est également fréquemment souligné alors que l'apprentissage de stratégies liées à la reprise de rôles (par ex., étudier, travailler, vivre en logement autonome) est rapporté par quelques répondants. Un vecteur important de développement de compétences relationnelles concerne l'entraide que les usagers s'offrent dans le cadre d'ateliers de groupe animés par le pair aidant (par ex., donner et recevoir du feedback, partage d'informations). Les données qualitatives et celles obtenues à l'aide du RAS (Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004) ont plutôt tendance à se recouper, notamment à l'égard de l'instillation de croyances positives et de l'apprentissage de diverses stratégies qui aident à progresser vers un rétablissement optimal.

Recoupant les données recueillies à partir du RAS (Corrigan et al., 1999; Corrigan et al., 2004), la poursuite de buts personnels ainsi que les stratégies liées à l'optimisation du pouvoir d'agir, que ce soit à l'égard du trouble mental ou de la santé mentale positive, représentent les principales retombées liées aux dimensions du rétablissement chez le pair aidant. Les retombées positives liées à l'optimisation de la santé mentale positive (c.-à-d., bien-être émotionnel, bien-être psychologique, bien-être au plan social) chez le pair aidant sont prédominantes

dans l'étude alors que l'exacerbation de symptômes psychiatriques est rarement évoquée, un seul des pairs aidants ayant fait une rechute. Les éléments liés à la santé mentale positive qui sont les plus fréquents concernent la satisfaction liée au travail (c.-à-d., bien-être émotionnel), la croissance personnelle, l'acceptation de soi et le sens à la vie (c.-à-d., trois des six dimensions du bien-être psychologique) de même que le sentiment d'être utile aux autres (c.-à-d., l'une des cinq dimensions du bien-être au plan social). Ce sentiment d'utilité représente d'ailleurs « une deuxième paye » pour l'un des pairs aidants. Bref, la perception positive du travail de pair aidant prédomine ainsi chez les pairs aidants, offrant la possibilité d'utiliser leurs forces et d'avoir des tâches non routinières. À cela s'ajoutent le fait d'être rémunéré pour utiliser leur savoir expérientiel de même que leur sentiment de fierté et de performance au travail. Finalement, la surcharge émotive liée à la proximité avec l'usager et à l'utilisation du savoir expérientiel représente des éléments de stress qui sont spécifiques au travail de pair aidant. À cet égard, des pairs aidants soulignent l'importance de prendre soin de soi et de mettre une distance avec le vécu de l'usager. De plus, le fait d'être le seul pair aidant dans l'équipe représente une source particulière de difficultés chez plusieurs d'entre eux, notamment dans le contexte où les activités de réseautage sont peu structurées.

Dans les six équipes, les usagers et les membres de l'équipe expriment un niveau plutôt élevé de satisfaction à l'égard du soutien apporté par le pair aidant. Recoupant les commentaires des usagers, les membres de l'équipe soulignent le fait que les usagers apprécient les services offerts par le pair aidant, notamment à l'égard de la proximité qu'ils vivent avec le pair aidant. Outre le suivi individuel, les ateliers de groupe représentent une importante source de satisfaction chez plusieurs usagers. Lors des premiers contacts avec le pair aidant, quelques usagers vivent un sentiment d'envie, de frustration ou bien de lourdeur en comparant leur propre cheminement avec celui du pair aidant. Toutefois, ces émotions tendent plutôt à se dissiper au fil des rencontres et l'accompagnement du pair aidant est par la suite apprécié et perçu comme étant bénéfique pour eux. Par ailleurs, plusieurs usagers expriment des craintes à l'égard d'une éventuelle diminution de la fréquence des contacts avec le pair aidant ou de la cessation complète de ses services. Des usagers et des pairs aidants soulignent d'ailleurs l'importance de bien préparer l'usager à la terminaison de la relation, dont une diminution graduelle des contacts.

Finalement, les échanges avec le pair aidant favorisent la pratique réflexive à l'égard de l'approche du rétablissement chez les intervenants. D'un point de vue général, les données recueillies à l'aide du QARBOR indiquent la présence d'attitudes thérapeutiques liées au rétablissement, dont la transmission d'espoir chez l'usager et l'utilisation de la relation intervenant-usager comme un outil de croissance pour les deux parties. Par ailleurs, aucun virage majeur à l'égard des pratiques individuelles ou organisationnelles n'est associé à l'intégration du pair aidant dans les six équipes. Bien que la façon d'intervenir avec la clientèle demeure inchangée, la façon de voir la clientèle est l'objet de certaines bonifications, dont une approche davantage centrée sur la personne, une croyance encore plus forte dans le rétablissement de l'usager ainsi qu'un accent plus marqué sur son pouvoir d'agir. Relativement à l'ancrage des pratiques basées sur l'approche du rétablissement, les équipes ayant des pratiques en émergence ont plutôt tendance à rapporter « un autre regard » en faisant référence à une évolution dans les « mentalités » à l'égard de l'usager. Quant aux équipes ayant des pratiques établies, elles ont plutôt tendance à rapporter un renforcement dans la croyance du potentiel de rétablissement chez l'usager. Comparativement aux pratiques individuelles, les pratiques organisationnelles sont moins documentées et se rapportent principalement à des activités de réseautage avec des ressources de la communauté, notamment la réactivation de liaisons avec celles-ci ou bien l'établissement de nouvelles collaborations.

Discussion

Les expériences d'intégration des six équipes renvoient aux caractéristiques reliées à toute innovation. Celles-ci comprennent le leadership des promoteurs, la mobilisation des acteurs de même que l'aspect processuel, la complexité et la prise de risque liés à l'implantation de cette nouvelle pratique en santé mentale (Landry et al., 2007; Simpson, 2002). Le discours sur l'innovation est présent dans toutes les équipes et la posture d'innovation sert à interpréter et à relever les nombreux défis qui ponctuent le processus d'intégration du pair aidant.

L'étude apporte une contribution originale en proposant une lecture de la dynamique du processus, laquelle suggère des mesures concrètes pour promouvoir l'intégration du pair aidant. Ainsi, l'importance des activités de préparation est démontrée par la relation positive entre la prédisposition de l'équipe à intégrer le pair aidant et la perception du niveau d'intégration du pair aidant ainsi que de la clarté de son apport spécifique un an après son embauche. De plus, la mise en œuvre d'un plan de promotion des pratiques orientées vers le rétablissement dans l'équipe est soutenue par la relation positive entre l'ancrage de ces pratiques et la perception du niveau de l'intégration du pair aidant et de la clarté de son apport spécifique un an après son embauche.

L'étude propose également un portrait détaillé du processus à l'aide des éléments-clés de la phase de préparation et de la phase d'implantation et des effets liés à l'intégration. Ces divers aspects sont maintenant l'objet d'une brève discussion.

Phase de Préparation

Les éléments-clés de la phase de préparation recourent largement ceux documentés dans la littérature. Ils correspondent au leadership du chef de programme, à l'offre suffisante d'activités de préparation (dont de l'information sur le rôle de pair aidant), à l'ouverture des membres de l'équipe à l'égard du projet de même qu'à l'atteinte d'un consensus et d'un niveau suffisant de clarté à l'égard de la définition initiale du rôle et des tâches (Chinman, Shoai, & Cohen, 2009; Gates & Akabas, 2007; Moll, Holmes, Geronimo, & Sherman, 2009; Wolf et al., 2010). La formation initiale du pair aidant offerte par le programme PAR représente un autre élément-clé, notamment les outils d'intervention axés sur l'utilisation du savoir expérientiel (Sabin & Daniels, 2003). Le soutien des directeurs-cadres facilite aussi les travaux liés à la phase de préparation, dont le dégagement de ressources financières pour embaucher le pair aidant (Gates & Akabas, 2007). Un autre élément-clé concerne le soutien du programme PAR à l'égard du processus de recrutement et d'embauche du pair aidant. L'importance de soutenir les équipes dans ces premières étapes de même qu'en aval de l'intégration est un aspect notamment souligné dans de récentes expériences d'intégration (Chinman et al., 2009).

L'absence de titre d'emploi pour le pair aidant est un élément-clé de la phase de préparation qui ne concerne que les expériences des équipes québécoises. Elle entraîne plusieurs conséquences négatives, dont un contrat de travail différent des autres membres de l'équipe et l'inaccessibilité à la syndicalisation. La nécessité de renouveler, sur une base annuelle, le contrat d'embauche suscite une inquiétude chez certains pairs aidants, notamment dans le contexte de restrictions budgétaires. Le démarrage et l'implantation du projet en dépit des obstacles liés à l'absence du titre d'emploi renvoient à la détermination et à l'engagement des acteurs.

Les expériences des équipes attirent l'attention sur deux aspects peu documentés dans les écrits. Le premier concerne le défi lié à l'atteinte d'un consensus dans l'équipe à l'égard du niveau de responsabilité du pair aidant dans le suivi des usagers, celui-ci étant plus difficile à obtenir que celui se rapportant à la délimitation de ses tâches spécifiques. Le second se rapporte à l'importance d'avoir suffisamment d'échanges dans l'équipe pour déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles du pair aidant à être embauché.

Phase d'Implantation

Les six équipes diffèrent à l'égard de l'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement, trois des équipes ayant des pratiques en émergence et les trois autres des pratiques établies. De plus, l'ancrage de ces pratiques est positivement relié à deux indicateurs du processus d'intégration, soit la clarté de l'apport spécifique du pair aidant et le niveau de son intégration dans l'équipe un an après son embauche. L'étude apporte ainsi une contribution originale en démontrant que la présence de pratiques établies dans l'équipe favorise une intégration optimale du pair aidant alors que les pratiques en émergence ont plutôt tendance à la freiner. Ces résultats

apportent un soutien supplémentaire à l'importance d'une familiarisation suffisante avec l'approche du rétablissement chez les équipes qui prévoient l'embauche d'un pair aidant (Gates & Akabas, 2007; Hutchinson et al., 2006; McLean et al., 2009; Moll et al., 2009). Ceci sous-tend d'ailleurs un soutien à la transformation des pratiques qui déborde de l'offre d'activités de sensibilisation et qui comprend des activités de formation continue, dont des séances de formation additionnelle, de la supervision de même que des espaces de discussion orientés vers la pratique réflexive. Les équipes ayant des pratiques en émergence ont donc un important défi à relever avant l'arrivée du pair aidant, soit l'élaboration et la mise en place d'un plan de promotion des pratiques orientées vers le rétablissement, ceci contribuant à réduire l'écart entre les pratiques du pair aidant et celles des intervenants tout en optimisant le processus d'intégration du pair aidant dans l'équipe.

Les activités de travail des pairs aidants sont au cœur de la phase d'implantation. Comparativement à des pairs aidants certifiés aux États-Unis (National Association of Peer Specialists, 2007; Salzer, Katz, Kidwell, Federici, & Ward-Colasante, 2009), les pairs aidants ayant participé à l'étude se différencient en ayant davantage des emplois à temps plein et un salaire de l'heure relativement plus élevé. La satisfaction à l'égard du travail est plutôt comparable, se situant à un niveau relativement élevé. Bien que la perte de bénéfiques (par ex., coupure du supplément de revenu lié à un statut d'invalidité) représente un important frein à l'occupation d'un emploi à temps plein chez les usagers, cette question n'a pas été soulevée chez les pairs aidants ayant participé à l'étude.

Les services d'enrichissement, de traitement et de réadaptation sont les plus fréquemment rapportés dans l'étude. L'offre de services d'enrichissement recoupe notamment l'approche centrée sur les forces de même que le soutien à l'égard de la spiritualité. Ce dernier volet est accentué dans l'étude, quatre des six pairs aidants offrant du soutien spirituel aux usagers alors qu'il est plutôt sous-investi dans d'autres études (Salzer, 2010; Salzer, Schwenk, & Brusilovskiy, 2010). Quant aux services de traitement et de réadaptation, ils reflètent la mission des équipes, soit l'offre de services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable. Ce recoupement entre l'offre des services des pairs aidants et la mission des milieux d'embauche est d'ailleurs souligné dans la littérature (Salzer et al., 2010). Finalement, l'intervention auprès des familles des usagers est un domaine d'activité où les six pairs aidants sont peu impliqués, à l'instar d'autres études (McLean et al., 2009; Salzer, 2010).

Le soutien au rétablissement offert par le pair aidant se différencie de celui des intervenants à l'égard de trois ingrédients, soit le savoir expérientiel, la proximité avec l'usager et des particularités liées aux attitudes thérapeutiques, c'est-à-dire une attitude davantage centrée sur l'usager (par ex., prendre le temps « d'être là », « docteur de l'âme ») et une plus grande compréhension empathique. Ces trois ingrédients sont largement reconnus comme des éléments de spécificité du soutien « par et pour » (par ex., Davidson et al., 2006; McLean et al., 2009; Mead, Hilton, & Curtis, 2001; Paulson et al., 1999). Toutefois, la résonance affective chez l'usager qui est liée à la compréhension empathique du pair aidant représente un aspect original de l'étude. À cet égard, les résultats font ressortir l'émergence de fortes émotions positives chez l'usager qui découlent de l'expérience de proximité vécue avec le pair aidant et de l'empathie de ce dernier. Cette charge émotive positive amène l'usager à poser un nouveau regard sur son expérience personnelle et à entrevoir une nouvelle interprétation de son vécu. Ces résultats sont directement en lien avec la théorie des émotions positives de Fredrickson (2002), celle-ci proposant les émotions positives comme un levier à l'élargissement des perspectives sur divers aspects de la vie, à la consolidation des ressources personnelles et à la promotion de la santé mentale positive. À l'instar d'autres théories (pour un survol, voir Solomon, 2004), celle de Fredrickson représente donc une nouvelle avenue pour mieux comprendre les mécanismes liés au soutien « par et pour ».

L'étude propose également un nouvel éclairage de la proximité entre le pair aidant et l'usager, ce concept majeur demeurant vaguement défini dans la littérature. L'une des contributions originales de l'étude réside notamment dans le découpage de la proximité en deux volets, soit la proximité expérientielle et la proximité relationnelle. En guise de rappel, la proximité expérientielle repose sur des comparaisons entre le vécu du pair aidant et de l'usager, dont des comparaisons latérales, descendantes, ascendantes de même que la reconnaissance d'universalité entre les deux expériences et de crédibilité à l'égard du vécu du pair aidant. Quant à la proximité relationnelle, elle correspond à des rapports fondés sur l'intimité, l'égalité, la familiarité et la réciprocité. Alors que la proximité expérientielle repose sur la théorie de la comparaison sociale (Festinger, 1954), la proximité relationnelle repose sur la théorie du soutien social (par ex., Turner, 1999).

Plusieurs des mécanismes et des retombées liés à la proximité qui sont identifiés dans l'étude sont également documentés dans la littérature. En ce qui concerne les mécanismes, il s'agit de l'identification positive au pair aidant, du dévoilement de soi chez le pair aidant, de la compréhension du pair aidant à l'égard du vécu de l'utilisateur, ainsi que de l'établissement d'une confiance accélérée entre le pair aidant et l'utilisateur (par ex., McLean et al., 2009; Paulson et al., 1999), ce dernier renvoyant à l'alliance thérapeutique plus rapide avec le pair aidant (Sells, Davidson, Jewell, Falzer, & Rowe, 2006). Quant aux retombées positives chez les usagers, ils ont davantage tendance à se révéler au pair aidant, et cela comparativement aux intervenants non pairs (par ex., McLean et al., 2009). La proximité avec le pair aidant renforce également chez l'utilisateur la croyance dans son potentiel de rétablissement, dont l'espoir de se rétablir, et facilite l'apprentissage de stratégies à l'égard du rétablissement (Carlson, Rapp, & McDiarmid, 2001; Davidson et al., 2006; McLean et al., 2009). L'étude permet ainsi de faire le pont entre les expériences de proximité expérientielle et relationnelle et leurs retombées sur l'utilisateur, et cela à l'aide de divers mécanismes qui caractérisent le soutien « par et pour ». Cette approche dynamique de la proximité demande à être davantage détaillée dans de futurs travaux de recherche, dont des études explorant les patterns de comparaisons en fonction d'éléments de profil de la clientèle. La détermination du rôle potentiellement modérateur de la proximité sur des indices du rétablissement (par ex., symptômes psychiatriques, fonctionnement social, santé mentale positive) représente un autre domaine de recherche.

La définition des tâches spécifiques du pair aidant représente un défi de taille lorsque son savoir expérientiel, incluant le dévoilement de son vécu à l'utilisateur, est l'angle de prise qui est retenu, ce type de savoir s'appliquant à l'ensemble des dimensions du rétablissement. Les équipes ayant participé à l'étude ont privilégié cette orientation, en lien avec des recommandations de la littérature (Chinman et al., 2009; Davidson et al., 2006). De plus, ces équipes délimitent les tâches spécifiques du pair aidant dans le cadre de suivis conjoints avec les intervenants, ce qui les différencie d'autres expériences d'intégration où les services des pairs aidants agissent en parallèle aux services de « case management » offerts par les intervenants (par ex., Rivera, Sullivan, & Valenti, 2007; Tondora et al., 2010).

Les stratégies de définition utilisées par les diverses équipes correspondent à des choix organisationnels qui reposent sur l'adéquation entre les caractéristiques de l'équipe (par ex., mode d'attribution des tâches aux intervenants) et du pair aidant (par ex., profil de compétences cliniques) (Chinman, Hamilton, et al., 2008). Les résultats de l'étude apportent de nouvelles informations à l'égard de stratégies précises de définition. Les stratégies les plus fréquentes se rapportent à la « co-intervention », à un mode parallèle de collaboration interprofessionnelle et à l'offre de nouveaux services, notamment des ateliers de groupe. De plus, ces diverses stratégies agissent en complémentarité, plus d'une étant nécessaire pour accentuer l'apport spécifique du pair aidant. Un autre aspect digne de mention est le fait que ces stratégies évoluent et se précisent au fil des expériences de collaboration entre le pair aidant et les intervenants, en lien avec l'importance de la familiarisation graduelle et de l'apprentissage par « essai-erreur » qui caractérisent l'implantation de toute innovation. À titre d'exemples, la « co-intervention » est perçue dans l'une des équipes comme une étape intermédiaire pouvant conduire à l'attribution au pair aidant de la responsabilité des dossiers. Au plan des pratiques, l'aspect processuel lié à la définition des tâches spécifiques, peu souligné dans la littérature, renvoie à l'importance d'un plan de suivi qui porte une attention particulière à l'évolution de son apport spécifique au fil de l'expérience d'intégration, incluant la mise à jour de la description initiale des tâches du pair aidant et d'autres outils qui sont utilisés pour définir les tâches. Par ailleurs, l'étude démontre l'importance de procédures d'assignation de la clientèle et d'évaluation périodique des suivis offerts par le pair aidant, contribuant à clarifier son apport spécifique dans l'offre de soutien aux usagers. Ces outils de monitoring sont peu documentés dans la littérature, à l'exception d'une étude qui y fait allusion (McLean et al., 2009). En lien avec l'innovation, il importe de souligner que ces outils de référence et de suivi de la clientèle doivent être tout d'abord développés par les équipes, représentant un autre défi qui s'ajoute à celui de leur implantation.

La phase d'implantation est aussi celle où s'actualise l'intégration du pair aidant dans l'équipe. Les éléments-clés qui se rattachent à cette expérience, soit la vision de l'intégration basée sur l'innovation et la normalisation, le soutien offert au pair aidant et à l'équipe et le monitoring de l'intégration du pair aidant, recourent les principaux enjeux liés au succès de l'intégration qui sont documentés dans la littérature (Chinman,

Hamilton, et al., 2008; Gates & Akabas, 2007; McLean et al., 2009; Wolf et al., 2010). Les expériences des diverses équipes font nettement ressortir l'importance de l'offre du soutien au pair aidant et à l'équipe, en lien avec le caractère novateur et le défi de la collaboration interprofessionnelle entre les intervenants et les pairs aidants dans le contexte où la définition des tâches spécifiques du pair aidant se précise avec le temps. Par ailleurs, le double rôle et la confusion de rôles sont deux cibles importantes de soutien, en lien avec leur impact sur la collaboration interprofessionnelle (Carlson et al., 2001). Les forces des équipes concernent notamment l'attention accordée aux mesures de prévention de la rechute sans toutefois stigmatiser le pair aidant, la présence de mécanismes de monitoring de l'intégration et l'approche de normalisation en tant qu'élément structurant de l'expérience d'intégration. Par ailleurs, l'embauche d'un pair aidant qui a été un usager dans l'une des équipes complique l'intégration, dont la présence de surprotection envers le pair aidant qui doit faire l'objet d'une attention particulière dans le suivi de l'intégration (Chinman, Hamilton, et al., 2008).

Effets de l'Intégration

Les retombées positives de l'intégration du pair aidant sont fort nombreuses. En ce qui concerne les usagers, la promotion de l'espoir (Davidson et al., 2006; McLean et al., 2009; Repper & Carter, 2011) et la consolidation du pouvoir d'agir (Carlson et al., 2001; McLean et al., 2009) représentent deux effets positifs fréquemment rapportés. Recoupant l'utilisation du narratif comme outil d'intervention chez les pairs aidants, le rapport à soi représente un domaine où l'apport du pair aidant est très accentué, à l'instar d'une autre étude (McLean et al., 2009). Ces retombées comprennent une plus grande révélation, connaissance et compréhension de soi chez l'usager.

Tel que documenté dans l'étude, le travail de pair aidant amène plusieurs retombées positives déjà évoquées dans la littérature. Elles correspondent au sentiment de croissance personnelle et de fierté de même qu'au sentiment d'être utile aux autres, celui-ci étant aussi porteur de sens à l'égard de la souffrance vécue dans le passé (Frank et al., 1999; Mancini & Lawson, 2009; Manning & Suire, 1996; Mowbray, Moxley, & Collins, 1998; Salzer & Shear, 2002). La gestion de la proximité avec l'usager et de la surcharge émotionnelle liée à l'utilisation du savoir expérientiel représentent des aspects qui doivent faire l'objet de supervision, notamment par des pairs superviseurs (Chinman, Hamilton, et al., 2008). Ceci renvoie à l'importance d'activités structurées de réseautage, dont des possibilités d'être supervisé par d'autres pairs aidants, et qui peuvent également contribuer à diminuer le sentiment de solitude rapporté par la moitié des pairs aidants.

Dans toutes les équipes, les usagers et les membres de l'équipe expriment un niveau plutôt élevé de satisfaction à l'égard des services offerts par le pair aidant aux usagers (McLean et al., 2009). Les ateliers de groupe représentent, entre autres, une importante source de satisfaction chez plusieurs usagers.

Relativement aux pratiques en santé mentale dans l'équipe, la principale retombée positive concerne le renforcement d'une vision positive de la clientèle (McLean et al., 2009). Toutefois, aucun changement majeur ne découle de l'intégration du pair aidant, celui-ci agissant en tant qu'agent de bonification plutôt qu'en tant qu'agent de transformation des pratiques orientées vers le rétablissement. Il convient ici de rappeler que le rôle du pair aidant à l'égard de la bonification de ces pratiques tend à être plus accentué dans les équipes ayant des pratiques en émergence, comparativement aux équipes ayant des pratiques établies. De plus, des attentes non comblées face à l'accentuation de ce rôle génèrent de l'insatisfaction dans ces équipes. Ces résultats renvoient à l'importance de relativiser l'apport du pair aidant en tant qu'agent de bonification des pratiques orientées vers le rétablissement et de miser sur un plan de promotion de ces pratiques qui repose sur l'utilisation de diverses ressources et de moyens, incluant mais ne se limitant pas au pair aidant (Chinman, Lucksted, et al., 2008).

En résumé, plusieurs défis ponctuent le processus d'intégration du pair aidant dans les six équipes, recoupant ceux documentés dans d'autres études (Chinman et al., 2009; Gates & Akabas, 2007; McLean et al., 2009). Les défis liés à la phase de préparation comprennent la mobilisation et la préparation des membres de l'équipe, le recrutement et l'embauche du pair aidant, de même que la définition initiale du rôle et des tâches du pair aidant. Quant aux défis liés à la phase d'implantation, ils concernent notamment l'arrimage des pratiques orientées vers le rétablissement du pair aidant avec celles des autres intervenants, la gestion de l'apport spécifique du pair aidant, le soutien à offrir au pair aidant et à l'équipe de même que le monitoring des tâches et de l'intégration du pair aidant. Chaque équipe a sa propre façon de relever ces défis. Considérant la présence d'une

forte motivation à implanter le projet chez les chefs de programme, le fait que trois des équipes soient parvenues à une intégration partielle du pair aidant met en relief l'envergure et la complexité du processus d'intégration. Quant aux équipes où l'intégration s'est avérée complète, leurs expériences représentent des repères pour guider de futures équipes envisageant l'embauche de pairs aidants, notamment à l'égard des fonctions de monitoring de l'apport spécifique du pair aidant et de son intégration de même que du soutien offert au pair aidant et à l'équipe. Il importe de noter que le processus d'intégration, tel que documenté dans l'étude, ne comprend que la première année suivant l'embauche du pair aidant dans l'équipe, d'autres changements ayant pu se produire au-delà de cette période. Une autre limite concerne le devis rétrospectif de l'étude, dont l'absence de mesures prises avant l'arrivée du pair aidant et de même que l'absence de mesures répétées au fil de son intégration dans l'équipe. Finalement, les données de l'étude offrent un profil général des usagers suivis par les pairs aidants et d'autres recherches pourront procéder à une évaluation plus détaillée des contacts quotidiens des pairs aidants avec la clientèle et les comparer avec ceux des intervenants (Gélinas, Bisson, Dion, Ricard, & Lesage, 2005).

En dépit de ces limites, l'étude a permis de déterminer plusieurs éléments-clés du processus d'intégration, ceux-ci représentant d'importants enjeux pour le succès de l'intégration du pair aidant. Plusieurs retombées positives liées à l'intégration du pair aidant ont aussi été documentées, soutenant la pertinence de poursuivre l'embauche et l'intégration des pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté. De plus, l'étude a apporté une contribution originale à l'égard de plusieurs aspects liés à l'intégration du pair aidant, soit des indices de prédisposition à intégrer le pair aidant, la proximité expérientielle et relationnelle comme ingrédients spécifiques liés au soutien offert par le pair aidant de même que des stratégies de définition liées au rôle et aux tâches spécifiques du pair aidant. Une description détaillée du processus de définition lié au rôle et aux tâches spécifiques du pair aidant a aussi été documentée ainsi que l'impact de l'ancrage de pratiques orientées vers le rétablissement sur plusieurs éléments liés au processus d'intégration. Finalement, l'importance de la phase de préparation a pu être démontrée en reliant le niveau de prédisposition de l'équipe à intégrer le pair aidant avec la clarté du rôle spécifique du pair aidant et la perception de son niveau d'intégration un an après son embauche.

Recommandations

Les résultats de l'étude conduisent à proposer des recommandations qui viennent s'ajouter à celles incluses dans le guide de référence du programme PAR (Lagueux, Charles, & Harvey, 2011). Elles ciblent la phase de préparation et d'implantation au plan organisationnel ainsi que d'autres aspects d'ordre plus général du processus d'intégration au plan national (*pour la liste des recommandations, voir le Tableau 1*).

- *Avoir un plan de promotion de l'approche du rétablissement dans l'équipe, ce plan devant être instauré dès la phase de préparation chez les équipes ayant des pratiques en émergence* (phase de préparation, niveau organisationnel).
- *Miser sur l'apport additionnel du pair aidant pour consolider les pratiques orientées vers le rétablissement dans l'équipe* (phase de préparation, niveau organisationnel).
- *Offrir un soutien aux équipes pour consolider les pratiques orientées vers le rétablissement, notamment chez les équipes ayant des pratiques en émergence* (niveau national).

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement varie entre les six équipes, trois d'entre elles ayant des pratiques en émergence et les autres des pratiques établies. L'ancrage de ces pratiques est relié à la perception du niveau d'intégration du pair aidant et de la clarté de son rôle et de ses tâches un an après son embauche. L'intégration du pair aidant s'avère ainsi plus difficile dans les équipes où les pratiques orientées vers le rétablissement sont en émergence. Bien que toutes les équipes aient un discours orienté vers la promotion de l'approche du rétablissement, les équipes ayant des pratiques établies ont plutôt tendance à se démarquer de celles ayant des pratiques en émergence par l'offre de formation et de mesures de soutien aux intervenants. Ceci renvoie à l'importance d'un plan de promotion de l'approche du rétablissement dans les équipes qui intègrent des pairs aidants, ce plan devant être implanté dès la phase de préparation chez les équipes ayant des pratiques en émergence.

Le rôle du pair aidant en tant qu'agent de bonification à l'égard de pratiques orientées vers le rétablissement est davantage formalisé et accentué dans les équipes ayant des pratiques en émergence, comparativement aux équipes ayant des pratiques établies. De plus, certaines équipes ayant des pratiques en émergence rapportent des attentes non comblées à l'égard de ce rôle chez le pair aidant. Ceci soulève l'importance de miser sur diverses ressources pour promouvoir la consolidation des pratiques orientées vers le rétablissement, incluant mais ne se limitant pas à l'apport du pair aidant. La contribution additionnelle du pair aidant s'insère donc dans un contexte où d'autres personnes-ressources sont également sollicitées. À cet égard, les équipes ayant des pratiques en émergence doivent pouvoir bénéficier de mesures de soutien à la promotion de l'approche du rétablissement, dont l'accès à des programmes qui offrent des activités de formation et de la consultation à l'échelle nationale.

- *Offrir suffisamment d'échanges dans l'équipe sur le profil du pair aidant à être embauché de même que sur la définition initiale de son rôle et de ses tâches* (phase de préparation, niveau organisationnel).
- *Favoriser le consensus dans l'équipe à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant, notamment le niveau de responsabilité dans le suivi des usagers* (phase de préparation, niveau organisationnel).

Les expériences des équipes attirent l'attention sur deux aspects peu documentés dans les écrits. Le premier concerne le défi lié à l'atteinte d'un consensus à l'égard du niveau de responsabilité du pair aidant dans le suivi des usagers, celui-ci étant plus difficile à obtenir que celui se rapportant à la délimitation de ses tâches spécifiques. Le second se rapporte à l'importance d'avoir suffisamment d'échanges dans l'équipe pour déterminer les caractéristiques socioprofessionnelles du pair aidant à être embauché. Par ailleurs, l'offre suffisante d'échanges dans l'équipe de même que l'atteinte d'un consensus à l'égard de la définition initiale du rôle et des tâches du pair aidant font partie des critères d'évaluation du niveau de prédisposition à intégrer le pair aidant, lequel est relié à la perception du niveau d'intégration du pair aidant et de la clarté de son apport spécifique un an après son embauche.

Au plan organisationnel

Phase de préparation

- Avoir un plan de promotion de l'approche du rétablissement dans l'équipe, ce plan devant être instauré dès la phase de préparation chez les équipes ayant des pratiques en émergence.
- Miser sur l'apport additionnel du pair aidant pour consolider les pratiques orientées vers le rétablissement dans l'équipe.
- Offrir suffisamment d'échanges dans l'équipe sur le profil du pair aidant à être embauché de même que sur la définition initiale de son rôle et de ses tâches.
- Favoriser le consensus dans l'équipe à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant, notamment le niveau de responsabilité dans le suivi des usagers.

Phase d'implantation

- Mettre en place un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant.
- Implanter des outils de référence et de suivi de la clientèle pour le pair aidant et procéder à la mise à jour de la description de tâches du pair aidant.
- Promouvoir la supervision du pair aidant par un autre pair aidant.
- Soutenir les activités de formation continue du pair aidant.

Au plan national

- Offrir un suivi continu aux équipes pour les accompagner dans la gestion des enjeux liés à l'intégration du pair aidant.
- Offrir un soutien aux équipes pour consolider les pratiques orientées vers le rétablissement, notamment chez les équipes ayant des pratiques en émergence.
- Créer le titre d'emploi d'intervenant pair aidant dans la nomenclature du réseau de la santé et des services sociaux.

- *Mettre en place un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

La mise en place du plan de suivi repose sur une vision et une posture liées à l'innovation et à la normalisation, celles-ci correspondant d'ailleurs à des éléments-clés de l'expérience d'intégration. Comme la gestion du rôle et des tâches spécifiques du pair aidant de même que l'offre de soutien au pair aidant et à l'équipe représentent d'importants enjeux de la phase d'implantation, ils doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le plan de suivi, incluant leur monitoring.

- *Planter des outils de référence et de suivi de la clientèle pour le pair aidant et procéder à la mise à jour de la description de tâches du pair aidant* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

Cette recommandation apporte des précisions à l'égard de l'un des éléments centraux du plan de suivi, soit la gestion du rôle et des tâches spécifiques du pair aidant. Son apport spécifique se précise au cours de la première année d'intégration, les expériences de collaboration avec les intervenants y contribuant largement. Ceci renvoie à l'importance de mises à jour de la description de tâches du pair aidant. Par ailleurs, les mesures d'encadrement liées à l'apport spécifique du pair aidant dans le soutien des usagers contribuent à clarifier ses tâches. Ceci inclut notamment le développement et l'application de critères de référence et de suivi de la clientèle.

- *Promouvoir la supervision du pair aidant par un autre pair aidant* (phase d'implantation, niveau organisationnel).
- *Soutenir les activités de formation continue du pair aidant.* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

Le soutien offert au pair aidant représente un autre élément ciblé dans le plan de suivi et deux aspects s'y rapportant méritent une attention particulière. Le premier aspect concerne l'offre de supervision par un autre pair aidant. Les pairs aidants soulignent la pertinence d'avoir des activités plus structurées de réseautage, plusieurs d'entre eux éprouvant un sentiment de solitude. Par ailleurs, le départage entre le rôle d'ami et celui de pair représente une importante cible de supervision chez les pairs aidants et celle-ci est offerte par un intervenant non pair de l'équipe. De plus, les stages effectués auprès de pairs aidants sont très appréciés, dont l'offre de soutien qui aide les stagiaires à préciser davantage leurs tâches spécifiques. Le recoupement de ces éléments soutient l'offre de supervision par un autre pair aidant qui est familier avec les enjeux liés au processus d'intégration.

Le second aspect se rapporte aux mesures d'actualisation professionnelle des pairs aidants. Les six pairs aidants bénéficient largement d'opportunités pour assister à divers colloques ou à des formations à l'extérieur de l'équipe, dont la formation continue offerte par le programme PAR. Le soutien à l'actualisation professionnelle des pairs aidants est donc fort présent dans les équipes et s'avère pertinent dans le contexte de la courte durée de la formation initiale offerte par le programme PAR (c.-à-d., une soixantaine d'heures) et de la présence de variations dans les compétences cliniques des pairs aidants.

- *Offrir un suivi continu aux équipes pour les accompagner dans la gestion des enjeux liés à l'intégration du pair aidant* (phase d'implantation, niveau national).

Cette recommandation souligne l'importance de soutenir les équipes à la phase d'implantation, notamment à l'égard de la mise en œuvre du plan de suivi. À ce propos, plusieurs équipes expriment de l'insatisfaction à l'égard du soutien ponctuel offert par le programme PAR, privilégiant plutôt l'offre d'un soutien continu pour gérer les nombreux enjeux liés à l'intégration du pair aidant.

- *Créer le titre d'emploi d'intervenant pair aidant dans la nomenclature du réseau de la santé et des services sociaux* (niveau national).

L'absence du titre d'emploi entraîne plusieurs conséquences négatives, dont l'inaccessibilité à la syndicalisation et la nécessité de renouveler, sur une base annuelle, le contrat d'embauche. Quant aux syndicats, ils donnent leur appui temporaire au projet dans la presque totalité des équipes et attendent le titre d'emploi pour poursuivre les discussions. L'obtention du titre d'emploi est essentielle pour promouvoir l'embauche de pairs aidants et en assurer la pérennité dans les ressources en santé mentale au Québec.

Conclusion

L'intégration de pairs aidants dans des ressources en santé mentale est un phénomène relativement récent au Québec et l'étude a permis une meilleure compréhension des enjeux liés à son succès. À cet égard, les expériences de l'ensemble des équipes ont été enrichissantes, indépendamment de l'état de l'intégration du pair aidant un an après son embauche.

Les nombreuses retombées positives de l'intégration du pair aidant mettent en relief la valeur ajoutée du pair aidant dans l'offre de services et soulignent l'importance des conditions qui permettront d'assurer la pérennité de ce nouveau rôle en santé mentale. Ces conditions sont déjà mises en place par le programme PAR mais demandent à être renforcées, notamment l'offre de soutien au pair aidant et à l'équipe après son arrivée dans l'équipe. De plus, l'Association des pairs aidants, récemment constituée, représente un nouveau levier pour offrir des activités de réseautage et faciliter l'accès à des pairs aidants pouvant agir à titre de superviseurs.

Tel que documenté dans l'étude, la définition des tâches spécifiques du pair aidant repose sur des choix organisationnels. Ceci ne résout pas la question de la standardisation de ses tâches qui renvoie d'ailleurs à l'obtention du titre d'emploi. Toutefois, le savoir expérientiel et la proximité liée au partage d'expériences représentent des angles de prise à considérer.

Il est à noter qu'un autre document, offrant une synthèse des résultats de l'étude, est également accessible sur le site web de l'AQRP à l'adresse www.aqrp-sm.org.

Références

- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way : Peer support in mental health*. Repéré à <http://www.together-uk.org/uploads/pdf/SUID/livedexperiencereport.pdf>
- Carlson, L. S., Rapp, C. A., & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer-providers: Barriers and alternative solutions. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 199-213.
- Chinman, M. J., Hamilton, A., Butler, B., Knight, E., Murray, S., & Young, A. (2008). *Mental health consumer providers: A guide for clinical staff*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Chinman, M. J., Lucksted, A., Gresen, R., Davis, M., Losonczy, M., Sussner, B. (2008). Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatric Services*, 59(11), 1315-1321.
- Chinman, M. J., Shoai, R., & Cohen, A. (2009). Using organizational change strategies to guide peer support technician implementation in the Veterans Administration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 269-277. doi: 10.2975/33.4.2010.269.277
- Corrigan, P. W., Giffort, D., Rashid, F., Leary, M., & Okeke, I. (1999). Recovery as a psychological construct. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 231-239. doi: 10.1023/A:1018741302682
- Corrigan, P. W., Salzer, M. S., Ralph, R. O., Sangster, Y., & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035-1041.
- Davidson, L., Chinman, M. J., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. doi: DOI 10.1093/schbul/sbj043
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Frank, E., Swartz, H. A., Mallinger, A. G., Thase, M. E., Weaver, E. V., & Kupfer, D. J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: Effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 579-587. doi: 10.1037/0021-843X.108.4.579
- Franke, C. C., Paton, B. C., & Gassner, L. A. (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian Journal of Primary Health*, 16(2), 179-186.
- Fredrickson, B. L. (2002). Positive emotions. Dans C. R. Snyder & S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 120-134). New York: Oxford University Press.
- Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(3), 293-306. doi: 10.1007/s10488-006-0109-4
- Gélinas, D., Bisson, J., Dion, E., Ricard, N., & Lesage, A. (2005). *Développement et validation du Relevé quotidien des contacts*. Montréal, Canada: Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine.
- Harvey, D., & Lagueux, N. (2006, novembre). *Programme québécois pairs-aidants réseau : Une stratégie efficace pour favoriser l'embauche et l'intégration des intervenants pairs-aidants dans les services de santé mentale* Communication présenté Journée d'information et de consultation sur le programme québécois pairs-aidants réseau,, Québec.

- Harvey, D., & Lagueux, N. (2007). *L'intervention par les pairs: Un tandem d'espoir vers le rétablissement: Cahier des annexes: Bilan de la phase 1*. Québec, Canada: Association des personnes utilisatrices des services de santé mentale de la région de Québec (APUR) Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).
- Hutchinson, D. S., Anthony, W. A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E. C., Lyass, A. (2006). The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 205-213.
- Lagueux, N., Charles, N., & Harvey, D. (2011). *Guide de référence: Embauche et intégration de pairs aidants dans les services de santé mentale*. Québec, Canada: Association des personnes utilisatrices de services de la région O3 (APUR) et Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP).
- Landry, R., Becheikh, N., Amara, N., Jbilou, J., Halilem, N., Mosconi, E. (2007). *Innovation dans les services publics et parapublics à vocation sociale: Tableau de bord de suivi de l'innovation et de ses déterminants*. Québec: Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation, Université Laval.
- Mancini, M. A., & Lawson, H. A. (2009). Facilitating positive emotional labor in peer-providers of mental health services. *Administration in Social Work*, 33, 3-22.
- Manning, S. S., & Suire, B. (1996). Consumers as employees in mental health: Bridges and roadblocks. *Psychiatric Services*, 47(9), 939-943.
- McLean, J., Biggs, H., Whitehead, I., Pratt, R., & Maxwell, M. (2009). *Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme*. Edinburgh: Scottish Government. Repéré à <http://www.scotland.gov.uk/socialresearch>
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Moll, S., Holmes, J., Geronimo, J., & Sherman, D. (2009). Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: unique challenges and opportunities. *Work*, 33(4), 449-458. doi: 10.3233/WOR-2009-0893
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397-411. doi: 10.1007/BF02287510
- National Association of Peer Specialists (2007). *Peer specialist compensation/satisfaction 2007 survey report*. Repéré à <http://www.papeersupportcoalition.org/peer/PeerSpecialistCompensationandSatisfactionSurveyReport.pdf>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2^e éd.). Newbury, CA: Sage Publications
- Patton, M. Q. (1996). *Utilization-focused evaluation: The new century test*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutter, D., & Birecree, E. (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community Mental Health Journal*, 35(3), 251-269. doi: 10.1023/A:1018745403590

- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Provencher, H. L. (2008a). Le paradigme du rétablissement: 2. Le Modèle Préliminaire d'Organisation des Services Orientés vers le Rétablissement: (MOPROSOR): Introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation. *Le Partenaire*, 16(1), 4-27.
- Provencher, H. L. (2008b). Un modèle cognitif-contextuel pour comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement: Implications pour la pratique infirmière en santé mentale. Dans C. Dallaire (dir.), *Savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession infirmière* (p. 209-238). Boucherville (Québec): Gaëtan Morin.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'Information Psychiatrique*, 86(7), 579-589.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2011). Complete mental health recovery: Bridging mental illness with positive mental health. *Journal of Public Mental Health*, 10(1), 54-66.
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. doi: 10.3109/09638237.2011.583947
- Rivera, J. J., Sullivan, A. M., & Valenti, S. S. (2007). Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome? *Psychiatric Services* 58(6), 802-809. doi: 10.1176/appi.ps.58.6.802
- Sabin, J., & Daniels, N. (2003). Managed care: Strengthening the consumer voice in managed care: VII. The Georgia peer specialist program. *Psychiatric Services*, 54(4), 487-498. doi: 10.1176/appi.ps.54.4.497
- Salzer, M. S. (2010). Certified peer specialists in the United States behavioral health system: An emerging workforce. Dans L. D. Brown & S. Wituk (dir.), *Mental Self-Help* (p. 169-191). New York: Springer.
- Salzer, M. S., Katz, J., Kidwell, B., Federici, M., & Ward-Colasante, C. (2009). Pennsylvania Certified Peer Specialist Initiative: Training, Employment and Work Satisfaction Outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 301-305. doi: 10.2975/32.4.2009.301.305
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatric Services* 61(5), 520-523. doi: 10.1176/appi.ps.61.5.520
- Salzer, M. S., & Shear, S. L. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288.
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57(8), 1179-1184. doi: 10.1176/appi.ps.57.8.1179
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse*, 22, 171-182.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Tondora, J., O'Connell, M., Miller, R., Dinzeo, T., Bellamy, C., Andres-Hyman, R. (2010). A clinical trial of peer-based culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials*, 7(4), 368-379. doi: 10.1177/1740774510369847

- Turner, R. J. (1999). Social support and coping. Dans A. V. Horwitz & T. L. Sheid (dir.), *An handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (p. 198-210). New York: Cambridge University Press.
- Vallerand, R. J., & Halliwell, W. R. (1983). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour les psychologues du sport. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 8, 9-18.
- Wolf, J., Lawrence, L. H., Ryan, P. M., & Hoge, M. A. (2010). Emerging practices in employment of persons in recovery in the mental health workforce. *American Journal of Psychiatric Rehabilitatio*, 13, 189-207.

Liens avec l'étude	Éléments de contenu
<p><i>Processus global d'intégration : contexte initial, implantation et effets sur le programme services et les personnes utilisatrices</i></p> <p><i>Effets de l'intégration sur les pairs aidants et les personnes utilisatrices</i></p>	<p><u>Thèmes abordés avec les chefs de programme, les chefs d'équipe, les intervenants et les pairs aidants</u> Origine du projet (par ex., facteurs liés à la prise de décision), mise en place initiale du projet (par ex., activités de formation, échanges dans l'équipe), utilisation de l'approche du rétablissement, adéquation des ressources investies (par ex., allocation du budget, contrat de services), mesures d'intégration du pair aidant dans l'équipe (par ex., accommodements, conditions de travail), collaboration avec les partenaires, syndicat, ressources humaines, services en santé mentale, intervenants à l'intérieur et à l'extérieur de l'équipe), réactions à l'intérieur et à l'extérieur de l'équipe (par ex., réactions positives et négatives), nouveaux savoirs, nouvelles habiletés et mesures de soutien (par ex., supervision, partage d'outils cliniques), éléments distinctifs et partagés du travail de pair aidant, changements dans l'organisation des services et les pratiques cliniques, effets sur la clientèle desservie par le pair aidant, niveau perçu de l'intégration du pair aidant et satisfaction, potentiel de généralisation de l'intégration de pairs aidants dans d'autres ressources.</p> <p><u>Thèmes additionnels abordés avec les pairs aidants</u> Vécu professionnel (par ex., signification donnée au travail de pair aidant, sources de satisfaction et d'insatisfaction, lien perçu entre le travail de pair aidant et l'expérience personnelle de rétablissement); accompagnement des personnes utilisatrices (par ex., défis, enjeux, spécificité).</p> <p><u>Durée de l'entrevue :</u> - chefs de programme : environ 70 minutes - chefs d'équipe et intervenants : environ 75 minutes - pairs aidants : environ 90 minutes</p>
<p><i>Effets de l'intégration sur les personnes utilisatrices</i></p>	<p><u>Thèmes abordés avec les personnes utilisatrices suivies par les pairs aidants</u> Soutien du pair aidant au rétablissement (par ex., aspects semblables/différents des autres intervenants, soutien aux dimensions-clés du rétablissement (par ex., pouvoir d'agir, relations avec les autres, espoir), caractéristiques relationnelles (par ex., attitudes thérapeutiques, incluant dévoilement de soi et partage du savoir expérientiel), sources de satisfaction et d'insatisfaction liées à l'accompagnement du pair aidant.</p> <p><u>Durée de l'entrevue :</u> environ 50 minutes</p>

Instruments	Liens avec l'étude et particularités	Éléments de contenu
<p>1. Fiche de renseignements démographiques, cliniques et professionnels (fiche adaptée)</p>	<p><i>Profils des participants à l'étude</i></p>	<p><u>Renseignements sociodémographiques</u> (tous les participants) âge, sexe, scolarité, statut civil, lieu de résidence (personnes utilisatrices).</p> <p><u>Renseignements professionnels</u> (chefs de programme, chefs d'équipe, intervenants) Profession, nombre d'années d'expérience en santé mentale, durée de l'emploi actuel, heures de formation et niveau de connaissances sur le rétablissement.</p> <p><u>Autres renseignements professionnels</u> (pairs aidants) Nombre d'années d'expérience en santé mentale, durée de l'emploi actuel, heures de formation et niveau de connaissances sur le rétablissement, expérience de travail au cours des cinq dernières années, nombre d'heures de travail par semaine, salaire de l'heure, congé de maladie depuis l'embauche, modes de collaboration avec intervenants, supervision clinique, participation à des activités liées à l'administration des services, échanges avec des pairs aidants, offre de formation ou conférences.</p> <p><u>Renseignements cliniques</u> (pairs aidants, personnes utilisatrices) Diagnostic psychiatrique, âge à la 1^{ère} consultation en psychiatrie, âge à la 1^{ère} hospitalisation psychiatrique, nombre d'hospitalisation psychiatrique.</p> <p><u>Renseignements sur le suivi offert par le pair aidant</u> (personnes utilisatrices) Statut du suivi, autre intervenant dans le suivi, durée du suivi, nombre d'heures de suivi/mois, types de services offerts par le pair aidant.</p>
<p>2. Fiche de renseignements sur les caractéristiques des personnes suivies par les pairs aidants</p>	<p><i>Élément lié à l'implantation : travail clinique du pair aidant</i></p>	<p><u>Renseignements sociodémographiques</u> âge, sexe, scolarité, statut civil, lieu de résidence.</p> <p><u>Renseignements cliniques</u> Diagnostic psychiatrique, âge à la 1^{ère} consultation en psychiatrie, âge à la 1^{ère} hospitalisation psychiatrique, nombre d'hospitalisation psychiatrique.</p> <p><u>Renseignements sur le suivi offert par le pair aidant</u> (personnes utilisatrices) Statut du suivi, autre intervenant dans le suivi, durée du suivi, nombre d'heures de suivi/mois, types de services offerts par le pair aidant.</p>

Annexe B Instruments de recherche du volet quantitatif (suite 1)

<p>3. Recovery Assessment Scale (RAS) (Corrigan et al., 1999)</p>	<p><i>Effets de l'intégration sur le pair aidant et les personnes utilisatrices</i></p> <p>Traduction française effectuée pour l'étude selon la méthode inversée parallèle (Vallerand & Halliwell, 1983)</p>	<p>41 énoncés évaluant l'expérience vécue de rétablissement à l'aide d'une échelle en 5 points (1= tout à fait en désaccord, 5= tout à fait en accord). Temps de passation : environ 15 minutes (complété par les personnes utilisatrices (PU) suivies par les pairs aidants (PA) et ayant participé aux groupes de discussion ainsi que par les pairs aidants)</p> <p><u>Dimensions</u> : 41 énoncés (alpha=.939 (PU); alpha=.914 (PA))</p> <p>1) confiance en soi et espoir (alpha=.828 (PU); alpha=.854 (PA)); 2) ouverture à demander de l'aide (alpha=.841 (PU); alpha=.789 (PA)); 3) poursuite de buts (alpha=.831 (PU); alpha=.682 (PA) ; 4) possibilité de compter sur les autres(alpha=.547 (PU); alpha=.094 (PA)); et 5) absence de domination des symptômes (alpha=.606 (PU); alpha=.863 (PA)).</p>
<p>4. Questionnaire sur la Vision du Rétablissement (QVR)</p>	<p><i>Élément lié à l'implantation : approche du rétablissement</i></p> <p>Nouvel instrument développé pour l'étude</p>	<p>105 énoncés mesurant la vision personnelle du rétablissement, dont 34 énoncés évaluant le degré d'importance pour se rétablir à l'aide d'une échelle en 4 points (1=pas important pour se rétablir ; 4= très important pour se rétablir) et 71 énoncés évaluant le degré d'accord avec les énoncés à l'aide d'une échelle en 4 points (1=pas du tout d'accord; 4= tout à fait d'accord). Comprend des énoncés formulés de façon positive et négative. Temps de passation : environ 30 minutes (complété par les chefs de programme, les chefs d'équipe, les intervenants et les pairs aidants)</p> <p><u>Dimensions et composantes mesurées</u> : 105 énoncés</p> <p>1) singularité du rétablissement (3 items); 2) apport de l'environnement (5 items); 3) redéfinition du soi (6 items); 4) relation à l'espace temporel et ses deux composantes (6 items), soit espoir (3 items) et spiritualité (3 items); 5) pouvoir d'agir et ses trois composantes (35 items), soit intrapersonnelle (3 items), interactionnelle (4 items), comportementale (28 items); 6) relation aux autres et ses trois composantes (14 items), soit soutien de pairs aidants (3 items) et d'intervenants non pairs (2 items), relations positives (9 items); 7) aspect processuel (6 items); et 8) résultats du rétablissement et ses composantes (30 items), soit phénomène courant (1 items) et expérience globale de santé (29 items), comprenant la restauration à l'égard de la maladie, soit rémission partielle (6 items) et restauration de rôles (8 items), et l'optimisation de la santé mentale positive, soit bien-être émotionnel (4 items), psychologique (6 items) et social (5 items).</p> <p><u>Dimensions et composantes retenues</u> : 94 énoncés (alpha=.94)</p> <p>1) apport de l'environnement (5 items; alpha=.78;); 2) redéfinition du soi (6 items; alpha=.638;); 3) relation à l'espace temporel (4 items; alpha=.645;) et ses composantes : espoir (2 items; alpha=.635) et spiritualité (2 items; alpha=.693); 4) pouvoir d'agir et ses trois composantes (35 items; alpha=.86) : intrapersonnelle (3 items, alpha=.873), interactionnelle (4 items; alpha=.606), et comportementale (28 items; alpha=.857)); 6) relation aux autres (12 items; alpha=.763); 7) aspect processuel (3 items; alpha=.684); et 8) résultats du rétablissement (29 items; alpha=.895) : comprenant restauration à l'égard de la maladie, soit rémission partielle (6 items; alpha=.819) et restauration de rôles (8 items; alpha=.787), et optimisation de la santé mentale positive, soit bien-être émotionnel (4 items; alpha=.778), psychologique (6 items; alpha=.821) et social (5 items; alpha=.523).</p>

<p>5. Échelle sur les Valeurs Organisationnelles Orientées vers le Rétablissement (EVOOR)</p>	<p><i>Élément lié à l'implantation : approche du rétablissement</i></p> <p>Nouvel instrument développé pour l'étude</p>	<p>93 énoncés mesurant divers éléments d'importance dans l'organisation de services orientés vers le rétablissement, dont 35 énoncés évaluant à l'aide d'une échelle en 4 points le degré d'importance (1=pas important; 4= très important) et 48 énoncés évaluant à l'aide d'une échelle en 4 points le degré d'accord avec les énoncés (1=pas du tout d'accord; 4= tout à fait d'accord). Comprend des énoncés formulés de façon positive et négative. Temps de passation : environ 20 minutes (complété par les chefs de programme, les chefs d'équipe, les intervenants et les pairs aidants)</p> <p><u>Dimensions et composantes mesurées : 93 énoncés</u></p> <p>1) respect de la personne (18 items) et ses deux composantes, soit reconnaissance des savoirs expérientiels (4 items) ainsi qu'individualisation et qualité dans l'offre de services (14 items); 2) soutien au potentiel de développement (31 items) et ses cinq composantes, soit personnes utilisatrices (7 items), membres de la famille (3 items), intervenants et gestionnaires (3 items), relation comme outil de croissance (5 items) et lutte contre les préjugés (13 items); 3) participation active (19 items) et ses trois composantes, soit planification de services individualisés (4 items) et organisation des services basée sur la participation des personnes utilisatrices (8 items) et des membres de la famille (7 items); et 4) soutien offert par les pairs (25 items) et ses quatre composantes, soit rôles de pairs aidants (5 items) et soutien aux plans individuel (8 items), organisationnel (5 items) et territorial (7 items).</p> <p><u>Dimensions et composantes retenues : 90 énoncés (alpha=.952)</u></p> <p>1) respect de la personne (18 items; alpha=.751) et ses deux composantes, soit reconnaissance des savoirs expérientiels (4 items; alpha=.697) ainsi qu'individualisation et qualité dans l'offre de services (14 items; alpha=.654); 2) soutien au potentiel de développement (28 items; alpha=.903) et ses cinq composantes, soit personnes utilisatrices (7 items; alpha=.816), membres de la famille (3 items; alpha=.757), intervenants et gestionnaires (3 items; alpha=.785), relation comme outil de croissance (2 items; alpha=.836) et lutte contre les préjugés (13 items; alpha=.809); 3) participation active (19 items; alpha=.874) et ses trois composantes, soit planification de services individualisés (4 items; alpha=.705), organisation des services basée sur la participation des personnes utilisatrices (8 items; alpha=.824) et des membres de la famille (7 items; alpha=.817); et 4) soutien offert par les pairs (25 items; alpha=.923) et ses quatre composantes, soit rôles de pairs aidants (5 items; alpha=.906) et soutien aux plans individuel (8 items; alpha=.779), organisationnel (5 items; alpha=.714) et territorial (7 items; alpha=.744).</p>
---	---	--

<p>6. Questionnaire sur les Attitudes Relationnelles de Base Orientées vers le Rétablissement (QARBOR)</p>	<p><i>Élément lié à l'implantation : approche du rétablissement</i></p> <p>Nouvel instrument développé pour l'étude</p>	<p>57 énoncés mesurant la présence d'attitudes chez l'intervenant qui contribuent à la promotion du rétablissement dans le cadre de l'accompagnement offert à la personne utilisatrice, et reposant sur l'utilisation d'une échelle en 4 points évaluent le degré d'accord avec les énoncés (1=pas du tout d'accord; 4= tout à fait d'accord). Comprend des énoncés formulés de façon positive et négative.</p> <p><u>Dimensions mesurées</u> : 57 énoncés 1) respect de la personne (15 items), 2) empathie (7 items), 3) transmission d'espoir (10 items, 4) ouverture au pouvoir décisionnel de la personne (14 items), et 5) utilisation de la relation comme outil de croissance pour la personne et l'intervenant (11 items).</p> <p><u>Dimensions retenues</u> : 43 énoncés (alpha=.837) 1) respect de la personne (15 items; alpha=.822), 2) empathie (3 items; alpha=.646), 3) transmission d'espoir (6 items; alpha=.729), 4) ouverture au pouvoir décisionnel de la personne (14 items; alpha=.636), et 5) utilisation de la relation comme outil de croissance pour la personne et l'intervenant (5 items; alpha=.674).</p>
--	---	---

Voici une liste d'énoncés qui décrivent ce que pensent parfois les personnes d'elles-mêmes et de leur vie. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encerclez le chiffre à droite qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Encerclez un seul chiffre par énoncé et répondez à chacun des énoncés.

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Entièrement d'accord
1. Je désire réussir.	1	2	3	4	5
2. Je sais quoi faire pour comment demeurer ou aller mieux.	1	2	3	4	5
3. J'ai des buts dans la vie que je veux atteindre	1	2	3	4	5
4. Je crois que je pourrai bientôt rencontrer les buts que je me suis fixés.	1	2	3	4	5
5. J'ai un but dans la vie.	1	2	3	4	5
6. Même quand je ne prends pas soin de moi-même, d'autres personnes le font.	1	2	3	4	5
7. Je comprends comment contrôler les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5
8. Si je suis malade de nouveau, je suis capable de gérer cela.	1	2	3	4	5
9. Je peux identifier ce qui déclenche les symptômes de ma maladie mentale.	1	2	3	4	5
10. Je peux m'aider à aller encore mieux.	1	2	3	4	5
11. La peur ne m'empêche pas de vivre de la manière dont je le veux.	1	2	3	4	5
12. Je sais qu'il y a des services de santé mentale qui m'aident vraiment.	1	2	3	4	5
13. Il y a des choses que je peux faire pour m'aider à faire face à des symptômes désagréables.	1	2	3	4	5
14. Je peux gérer ce qui arrive dans ma vie.	1	2	3	4	5
15. J'aime qui je suis.	1	2	3	4	5
16. Si les gens me connaissaient vraiment, ils m'aimeraient.	1	2	3	4	5
17. Je suis une meilleure personne que celle que j'étais avant de vivre avec la maladie mentale.	1	2	3	4	5
18. Même si mes symptômes peuvent s'aggraver, je sais que je peux les gérer	1	2	3	4	5
19. Si je continue à essayer, je continuerai à m'améliorer.	1	2	3	4	5
20. J'ai une idée de qui je veux devenir.	1	2	3	4	5
21. Les choses arrivent pour une raison.	1	2	3	4	5

Voici une liste d'énoncés qui décrivent ce que pensent parfois les personnes d'elles-mêmes et de leur vie. Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encerclez le chiffre à droite qui décrit le mieux votre accord ou votre désaccord avec l'énoncé. Encerclez un seul chiffre par énoncé et répondez à chacun des énoncés.

	Entièrement en désaccord	En désaccord	Incertain	D'accord	Entièrement d'accord
22. Quelque chose de bien va arriver à un moment donné.	1	2	3	4	5
23. Je suis le principal responsable de l'amélioration de ma situation.	1	2	3	4	5
24. J'ai un bon espoir par rapport à l'avenir	1	2	3	4	5
25. Je continue à avoir de nouveaux intérêts.	1	2	3	4	5
26. Il est important de s'amuser.	1	2	3	4	5
27. Faire face à la maladie mentale n'est plus au cœur de ma vie.	1	2	3	4	5
28. Mes symptômes dérangent de moins en moins ma vie.	1	2	3	4	5
29. À chaque fois que mes symptômes réapparaissent, ils me causent des problèmes pour des périodes qui sont de plus en plus courtes.	1	2	3	4	5
30. Je sais quand demander de l'aide.	1	2	3	4	5
31. Je suis prêt à demander de l'aide.	1	2	3	4	5
32. Je demande de l'aide quand j'en ai besoin.	1	2	3	4	5
33. Être capable de travailler est important pour moi.	1	2	3	4	5
34. Je sais ce qui m'aide à aller mieux.	1	2	3	4	5
35. Je peux apprendre de mes erreurs.	1	2	3	4	5
36. Je peux gérer le stress.	1	2	3	4	5
37. J'ai des gens sur qui je peux compter.	1	2	3	4	5
38. Je peux identifier les signes avant-coureurs de ma maladie.	1	2	3	4	5
39. Même lorsque je ne crois pas en moi, d'autres le font	1	2	3	4	5
40. Il est important d'avoir une variété d'amis.	1	2	3	4	5
41. Il est important d'avoir de saines habitudes de vie.	1	2	3	4	5

Note. Citer ainsi : Provencher, H.L., & Gagné, C. (2008). *Traduction canadienne-française du questionnaire « Recovery Assessment Scale »* (Corrigan et al., 1999). Manuscrit inédit, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.