

***L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté :
Points de vue de divers acteurs***

Hélène Provencher, PhD, Camille Gagné, PhD, Université Laval, Québec
Luc Legris, PhD, Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine, Montréal

En collaboration avec

Diane Harvey, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), Québec
Nathalie Lagueux, coordonnatrice du programme québécois Pairs Aidants Réseau, Québec

SURVOL DE L'ÉTUDE

ET

RAPPORT SOMMAIRE

Université Laval

Novembre 2011

SURVOL DE L'ÉTUDE

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005) cible l'embauche de pairs aidants dans 30% des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Pour répondre à cet objectif, le Ministère de la santé et des services sociaux finance le développement de l'implantation du programme Pairs Aidants Réseau (PAR). 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. Le programme de formation est offert pour la première fois en 2008 et l'offre de soutien aux pairs aidants embauchés et aux équipes débute au cours de cette période. L'intégration de cette première cohorte de pairs aidants dans des ressources en santé mentale représente une importante innovation dans l'offre de services et est à l'origine de l'étude.

Financée par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), l'étude vise à décrire le processus d'intégration dans six équipes offrant des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, lesquelles représentent un sous-échantillon de l'ensemble des ressources ayant embauché un pair aidant en 2008. Un an après l'arrivée du pair aidant dans l'équipe, des rencontres individuelles sont réalisées auprès de 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 usagers suivis par les pairs aidants. Le devis de recherche est mixte, faisant appel à des méthodes qualitatives et quantitatives. Outre des guides d'entrevue, des questionnaires auto-administrés sur l'approche et l'expérience du rétablissement sont utilisés. Les résultats de l'étude se rapportent à 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 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 et des pratiques en santé mentale. Une lecture dynamique du processus d'intégration est également offerte, notamment à l'égard de recouvrements entre la phase de préparation et la phase d'implantation.

Faits saillants de l'étude

- 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 de l'état de son intégration un an après son embauche.
- L'intégration du pair aidant est freinée par des pratiques orientées vers le rétablissement qui sont en voie d'émergence.
- 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.

Principaux résultats de l'étude

- Les expériences d'intégration des équipes renvoient largement aux caractéristiques reliées à toute innovation. Il s'agit du leadership des promoteurs, de la mobilisation des acteurs de même que de la complexité et de l'aspect processuel de l'implantation, requérant des ajustements à l'égard des mécanismes de monitoring qui sous-tendent une plus grande familiarisation avec les enjeux liés au succès de l'intégration au fil du temps.
- L'intégration du pair aidant est abordée et gérée sous l'angle de la normalisation. Ceci inclut les conditions d'embauche, l'évaluation de la performance au travail, les congés de maladie et la participation aux activités sociales de l'équipe. Tous les pairs aidants sont perçus et se perçoivent comme des membres à part entière de l'équipe un an après leur embauche.
- La mobilisation de l'équipe face à l'idée d'embaucher un pair aidant de même que la préparation de l'équipe à son arrivée représentent des gages de succès à l'intégration. L'ouverture de l'équipe, l'offre suffisante d'activités de préparation, incluant de l'information et des espaces de discussion, ainsi que la présence d'un consensus et de balises suffisamment claires à l'égard de la définition initiale du rôle et des tâches spécifiques représentent des éléments-clés de la phase de préparation. L'importance d'échanges dans l'équipe sur les éléments de profil du pair aidant à être embauché ressort très clairement. De plus, le consensus à l'égard de la détermination du niveau de responsabilité du pair aidant dans le suivi des usagers s'avère plus difficile à établir que la définition des tâches spécifiques.
- La capacité du pair aidant à parler de son expérience de rétablissement et la stabilité clinique représentent deux aspects qui font l'objet d'une attention particulière lors de l'entrevue de sélection. Retenir un candidat qui a déjà été usager dans l'équipe complique le processus d'intégration, dont un plus grand risque de surprotection de la part des intervenants. L'offre de la formation initiale après l'entrée en fonction du pair aidant complique également le processus d'intégration et peut entraîner une sous-utilisation de ses services. Par ailleurs, cette formation prépare bien les pairs aidants à l'exercice de leurs rôles, notamment à l'égard d'outils d'intervention reposant sur l'utilisation du savoir expérientiel.
- L'absence de titre d'emploi de pair aidant empêche la syndicalisation et complique la procédure d'embauche, dont l'établissement de contrats d'embauche qui diffèrent de ceux des autres intervenants.
- Le soutien du programme PAR est fort apprécié à la phase de préparation, notamment à l'égard de l'offre d'activités d'information et sensibilisation et de « coaching » pour recruter et embaucher le pair aidant.
- Le soutien des directeurs-cadres est notamment apprécié pour leurs croyances dans le projet et le dégagement de ressources financières liées à l'embauche du pair aidant.
- L'intégration du pair aidant est plus difficile dans les équipes où les pratiques orientées vers le rétablissement sont en émergence, et cela en dépit de la présence d'un discours sur cette approche. Dans ces équipes, le rôle du pair aidant en tant qu'agent promoteur de ces pratiques tend à être très accentué.
- Les pairs aidants sont relativement satisfaits de leurs conditions de travail, à l'exception de l'absence du titre d'emploi. La presque totalité des pairs aidants n'assument pas la responsabilité des dossiers et sont jumelés à un autre intervenant dans le suivi des usagers. Les services du pair aidant sont suffisamment utilisés dans trois équipes et sous utilisés dans les trois autres.

- Le savoir expérientiel, la proximité expérientielle et relationnelle avec l'usager différencient le soutien offert par le pair aidant de même qu'une attitude centrée davantage centrée sur l'usager et une plus grande compréhension empathique qui entraîne une résonance affective plus forte chez l'usager.
- La définition de l'apport spécifique du pair aidant est perçue comme un enjeu important pour l'obtention du titre d'emploi. Comme le savoir expérientiel s'applique à l'ensemble des facettes du rétablissement, les équipes utilisent diverses stratégies pour identifier des domaines d'intervention spécifiques ou bien des éléments spécifiques liés au profil des usagers. Ce sont les moyens mis en place pour surveiller l'apport spécifique qui influent sur la clarté des tâches spécifiques, plutôt que les stratégies de définition.
- Le soutien offert au pair aidant comprend cinq principaux volets : la santé au travail, le rôle et les tâches, les habiletés liées à la relation d'aide et d'autres compétences cliniques, l'actualisation professionnelle, la collaboration interprofessionnelle de même que les activités de réseautage entre pairs aidants. Quant au soutien offert aux membres de l'équipe, il comprend deux principaux volets : le rôle et les tâches du pair aidant et la collaboration interprofessionnelle.
- Le programme PAR offre aux équipes et aux pairs aidants un soutien « sur demande » plutôt qu'un suivi régulier. Toutefois, la majorité des équipes relèvent l'importance d'un suivi régulier compte tenu de la nouveauté du projet et des nombreux défis qui lui sont reliés. Outre la délimitation plus précise de l'apport spécifique du pair aidant, la confusion de rôle chez les pairs aidants et les intervenants de même que le double rôle chez le pair aidant représentent des cibles importantes de soutien à l'intégration.
- Les compétences cliniques varient considérablement d'un pair aidant à l'autre de même que les besoins de supervision à cet égard. Outre la supervision, la formation continue offerte par le programme PAR apparaît comme un levier nécessaire à l'actualisation professionnelle des pairs aidants. La courte durée du programme PAR de même que des variations dans les compétences cliniques des pairs aidants représentent deux facteurs qui soutiennent l'offre de formation continue.
- L'un des membres de l'équipe offre, en moyenne, deux heures de supervision par mois au pair aidant. La supervision offerte par un pair aidant n'est pas disponible, bien que souhaitée par les pairs aidants.
- Plusieurs équipes rapportent des rencontres-bilans de même que des activités de collecte et d'analyse des données auprès de la clientèle, offrant une rétroaction sur l'expérience d'intégration.
- Les retombées positives sur l'usager concernent la promotion de l'espoir, la consolidation de son pouvoir d'agir et diverses facettes liées au rapport à soi, dont l'acceptation de soi et une plus grande connaissance et compréhension de soi. Peu d'usagers sont réticents à recevoir les services du pair aidant. Plusieurs usagers évoquent des craintes à l'égard d'une baisse ou d'une cessation complète de ces services.
- Les retombées positives sur le pair aidant comprennent le sentiment de fierté, le sentiment de croissance personnelle et le sentiment d'être utile aux autres. Plusieurs se sentent isolés et l'utilisation du savoir expérientiel représente une source potentielle de stress. L'un des six pairs aidants est hospitalisé à la suite d'une rechute. Le congé de maladie est de courte durée et le retour au travail s'effectue normalement.
- Les membres de l'équipe et les usagers sont satisfaits des services offerts par le pair aidant. La majorité des équipes rapportent une attitude d'ouverture chez les médecins face à l'intégration du pair aidant.
- Aucune transformation majeure des pratiques ne découle de l'intégration du pair aidant. Toutefois, il favorise la pratique réflexive sur le rétablissement. La façon de voir la clientèle est l'objet de changements plutôt que la façon d'intervenir auprès d'elle.

Recommandations

Au plan organisationnel

Le guide de référence du programme PAR (Lagueux, Charles, & Harvey, 2011) comprend plusieurs recommandations pour favoriser l'embauche et l'intégration de pairs aidants et les expériences des équipes ayant participé à l'étude y font largement référence. Les recommandations suivantes s'ajoutent à celles proposées dans le guide.

Phase de préparation

- Déterminer le rôle du pair aidant à l'égard de la promotion de pratiques orientées vers le rétablissement dans le contexte de l'état de transformation de ces pratiques dans l'équipe. Pour les équipes ayant des pratiques en émergence, élaborer un plan de promotion des pratiques au sein duquel le pair aidant peut être l'une des personnes ressources.
- Offrir suffisamment d'échanges 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 à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant, notamment en ce qui concerne un statut régulier.

Phase d'implantation

- Implanter un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant, incluant son apport spécifique dans l'équipe.
- Mettre en place les outils de référence de la clientèle au pair aidant ou d'autres documents relatifs à la définition de son rôle et de ses tâches.
- Supervision offerte au pair aidant par un autre pair aidant.
- Favoriser la formation continue du pair aidant.

Au plan national

- Rendre accessible le titre d'emploi de pair aidant.
- Promouvoir l'embauche de pairs aidants.
- Offrir du soutien aux équipes par des experts en matière d'intégration de pairs aidants.
- Offrir un soutien à la promotion du rétablissement auprès des équipes prévoyant embaucher un pair aidant et qui ont des pratiques en voie d'émergence.

RAPPORT SOMMAIRE

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 (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 des services de santé et de 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 est relié 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 tout au long du processus d'intégration (Chinman, Hamilton, Butler, Knight, Murray, & Young, 2008; Gates & Akabas, 2007; McLean, et al., 2009; Wolf, Lawrence, Ryan, & Hoge, 2010). 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 se rajoute 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 (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 ce type de pratique, notamment au Québec.

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. 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 des 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.

Méthode

L'étude repose sur un devis mixte, faisant appel à des méthodes qualitatives et quantitatives. Elle débute en octobre 2008 et la collecte des données s'échelonne de mai 2009 à avril 2010. Le processus d'intégration est exploré un an après l'embauche du pair aidant dans six équipes offrant du suivi intensif et 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 celles qui sont ciblées dans le PASM (MSSS, 2005).

Des rencontres individuelles sont réalisées auprès de 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 adapté au 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, 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 autoadministrés sont développés et prétestés dans l'étude, documentant divers aspects liés à la promotion de l'approche du rétablissement. 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).

Le processus itératif de l'analyse de données qualitatives (Miles & Huberman, 1994) repose sur cinq niveaux, des unités de sens à la construction et comparaison des matrices du processus d'intégration de chaque équipe. Il importe aussi de noter que la conception du rétablissement reposant sur une vision de la santé mentale complète (Provencher & Keyes, 2010, 2011) est le cadre théorique qui est retenu pour analyser les données qualitatives se rapportant au rétablissement des usagers et des pairs aidants. Les données sont analysées de façon indépendante par deux membres de l'équipe de recherche et les cas de désaccord sont tranchés par consensus. De plus, des mémos sont rédigés tout au long de l'analyse des données, permettant de retracer les décisions prises tout au long du processus (i.e. fusion ou redéfinition de thèmes). Quant aux données quantitatives, des tests paramétriques (par ex., analyse de variance) et non paramétriques (par ex., test de Kruskal Wallis) sont notamment utilisés pour comparer les participants ou les équipes à l'égard de certaines variables.

Trois aspects liés à la méthode diffèrent du protocole de 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 et qui a eu lieu le 25 février 2009, n'envisageant plus à court-terme l'embauche de pairs aidants. Par ailleurs, l'équipe de recherche conserve l'une des six équipes qui 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, débordant du calendrier initialement prévu. Quant au pair aidant qui a quitté son emploi, l'équipe de recherche a contacté le milieu et le programme PAR pour avoir ses coordonnées. Toutefois, ni l'un ni l'autre n'avaient ces informations et l'entrevue initialement prévue n'a pu se faire.

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 sont 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. Une lecture dynamique du processus d'intégration est également offerte, notamment à l'égard de recoupements entre la phase de préparation et la phase d'implantation.

Résultats

Phase de Préparation

La phase de préparation débute avec l'idée d'intégrer un pair aidant et se termine par son embauche. Elle comprend également la formation initiale offerte par le programme PAR et qui prépare les pairs aidants à l'exercice de leurs rôles. Il est à remarquer que trois des pairs aidants reçoivent cette formation après leur entrée en fonction dans l'équipe, soit de 2, 4 et 7 mois respectivement. Pour l'un d'entre eux, ce délai a eu des répercussions négatives, notamment une sous utilisation de ses services.

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 de 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. Trois équipes démontrent un niveau suffisant de prédisposition à intégrer le pair aidant alors que les autres n'atteignent pas ce niveau. Les résultats de l'étude attirent notamment l'attention sur l'offre suffisante d'espaces de discussion 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 six équipes attribuent aux pairs aidants la responsabilité des suivis dans leurs fonctions d'intervenant principal ou d'intervenant pivot.

L'absence de 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), le manque de normes salariales ainsi que l'absence d'un statut d'employé. Le démarrage du projet en dépit des obstacles liés à l'absence de 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 facilite le dégagement de ressources financières liées à l'embauche du pair aidant.

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 pairs aidant, lesquelles font partie des activités préparatoires. La formation initiale offerte aux pairs aidants est aussi fort appréciée, notamment les outils d'intervention reposant sur l'utilisation du savoir expérientiel. Il apporte également un soutien appréciable à l'égard du recrutement et de l'embauche, incluant sa participation à des comités de sélections dans deux des six équipes, la diffusion d'information sur des descriptions de tâches et le réseautage entre les équipes. Il importe de noter que le recrutement est plus difficile en milieu rural, le nombre de candidatures y étant plus restreint. Dans l'une des équipes, le pair aidant embauché est un ancien usager et cela a nui 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 des autres membres de l'équipe. Finalement, deux critères de sélection ressortent comme étant très importants à évaluer, soit la capacité du pair aidant à parler de son expérience personnelle de rétablissement et la stabilité clinique.

Finalement, 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 d'une relation positive entre la prédisposition à intégrer le pair aidant et l'état de son intégration ainsi que la clarté de son apport spécifique un an après son embauche dans l'équipe.

Phase d'Implantation

La promotion de l'approche du rétablissement, l'apport spécifique du pair aidant et l'expérience d'intégration structurent la phase d'implantation. Des éléments-clés se rattachent à chacune de ses composantes. L'ancrage de pratiques orientées vers le rétablissement représente l'élément-clé lié à la promotion de cette approche. Les quatre éléments-clés de la spécificité du pair aidant se rapportent aux ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant aux usagers et à trois éléments de gestion, soit l'aspect processuel et les stratégies

liés à la définition au rôle et aux tâches du pair aidant de même que les mesures d'encadrement qui s'y rapportent. Quant à l'expérience d'intégration, les quatre éléments-clés concernent la vision de l'intégration, le soutien offert au pair aidant, le soutien offert à l'équipe et le monitoring de l'intégration du pair aidant.

Ancrage du rétablissement. L'ancrage du rétablissement correspond au degré d'implantation de pratiques basées sur cette approche et les pratiques établies sont différenciées de celles en émergence en fonction de la durée et de la prédominance de leur utilisation dans l'équipe. Les pratiques établies sont donc présentes depuis un bon moment et leur utilisation est largement répandue dans l'équipe, surpassant d'ailleurs le recours à d'autres formes de pratiques. Quant aux pratiques en émergence, leur utilisation est plutôt récente et demeure relativement limitée, et cela comparativement aux pratiques non orientées vers le rétablissement qui prévalent dans l'équipe. Alors que des pratiques établies caractérisent trois équipes, elles sont plutôt en voie d'émergence dans les trois autres. L'ancrage des pratiques renvoie notamment à la planification et à l'offre de mesures de soutien aux intervenants pour favoriser un changement de pratiques basées sur le rétablissement. Les équipes ayant des pratiques établies ont donc tendance à se démarquer de celles ayant des pratiques en émergence par l'offre d'activités de formation continue sur le rétablissement.

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement est un élément-clé de la phase d'implantation en raison de sa relation avec deux importants indicateurs de cette phase, soit la perception de l'état de l'intégration du pair aidant et de la clarté de son rôle et de ses tâches un an après son embauche dans l'équipe. Plus précisément, 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 du pair aidant 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 sont celles qui rapportent un manque de clarté à l'égard de l'apport spécifique du pair aidant. En d'autres mots, les pratiques établies peuvent être comparées à des facteurs de protection et les pratiques en émergence à des facteurs de risque liés à l'intégration optimale du pair aidant dans l'équipe.

L'ancrage de pratiques orientées vers le rétablissement joue aussi 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 clairement 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, et cela comparativement à l'implication des autres intervenants. 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). En ce qui concerne le rôle prépondérant du pair aidant, il 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 sont principalement référés. Ainsi, la pertinence d'offrir des services orientés vers le rétablissement fait plutôt l'objet d'un découpage de la clientèle dans ces équipes, les usagers étant susceptibles de se rétablir étant référés au pair aidant et les autres aux intervenants.

Bref, le principal enjeu lié à l'implantation du 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). Quant aux équipes ayant des pratiques en émergence, les enjeux concernent le rôle trop accentué du pair aidant en tant qu'agent de changement à l'égard des pratiques dans l'équipe de même le découpage de la clientèle, celui-ci étant en lien avec son rôle prépondérant dans le soutien au rétablissement chez l'utilisateur.

Ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair aidant. Ces ingrédients spécifiques correspondent 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, tout en respectant la singularité de leurs expériences. La reconnaissance du savoir expérientiel en tant qu'élément de spécificité renvoie également aux outils d'intervention du pair aidant, qui sont d'ailleurs fort appréciés chez les membres des diverses équipes. Ces outils font largement appel à l'utilisation du savoir expérientiel et contribuent à accentuer la spécificité du pair aidant dans le soutien aux usagers.

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 et s'effectue à l'aide de comparaisons. Plusieurs éléments de comparaison permettent 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'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, une tendance chez le pair aidant à confondre ces deux rôles est rapportée dans trois des six équipes.

Agissant de façon synergique, ces deux types de proximité entraînent plusieurs retombées positives chez l'utilisateur. Ces retombées comprennent la 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 (par ex., sentiment de fardeau lié à un vécu plus lourd chez le pair aidant et associé à une comparaison descendante) et lorsque celles-ci sont présentes, elles tendent à s'estomper au fil des échanges avec le pair aidant. Les retombées liées à la proximité sous-tendent plusieurs mécanismes, incluant l'identification positive chez l'utilisateur au pair aidant, 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 émotionnelle 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 qui teintent le soutien au rétablissement que le pair aidant apporte à l'utilisateur. 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 l'état de l'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. L'analyse des données révèle trois éléments-clés liés à la gestion de l'apport spécifique et les principaux résultats s'y rapportant 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 plutôt à un document qui se bonifie au fil du temps et des expériences de collaboration entre le pair aidant et les membres de l'équipe. La notion de processus se retrouve aussi dans deux des équipes qui misent sur la co-construction avec le pair aidant et les intervenants pour préciser l'apport spécifique du pair aidant. 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 pairs aidants ont cette responsabilité à la phase de préparation, 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 sont au courant du fait que ce dernier a eu ou est encore aux prises avec un trouble mental. Bref, le savoir expérientiel représente l'angle de prise qui est privilégié par les diverses équipes pour délimiter les tâches spécifiques du pair aidant. Toutefois, l'utilisation du savoir expérientiel est pertinente à la promotion de l'ensemble des facettes du rétablissement et complexifie la délimitation de tâches spécifiques. De plus, la littérature offre peu de repères pour guider les équipes, les tâches des pairs aidants variant d'ailleurs grandement d'un milieu d'embauche à l'autre.

À la phase d'implantation, cinq des pairs aidants agissent en « co-intervention » dans le suivi des usagers et n'assument pas la responsabilité des dossiers. Ils n'interviennent dans les suivis que si leur expertise liée à l'utilisation du savoir expérientiel s'avère pertinente au plan d'intervention de l'utilisateur. 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. Dépendamment des équipes, deux types de clientèle sont référés au pair aidant pour celles privilégiant le mode parallèle de collaboration, soit les usagers peu motivés à se rétablir ou bien ceux 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 étroit à l'égard 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 de ces outils de monitoring.

L'offre de nouveaux services qui repose sur l'utilisation du savoir expérientiel du pair aidant représente une autre stratégie pour accentuer son apport spécifique dans le suivi des usagers. À cet égard, cinq des six pairs aidants implantent des ateliers de groupe sur le rétablissement ou des thèmes connexes, ceux-ci venant enrichir l'offre des services dans l'équipe. Par ailleurs, 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 élargie de tâches spécifiques. Alors que trois 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 équipes privilégient une approche plutôt transversale de l'utilisation du savoir expérientiel qui recoupe divers champs d'activités, sans délimitation précise.

Mesures d'encadrement. Tout d'abord, il importe de souligner que les trois équipes qui rapportent suffisamment de clarté à l'égard de la spécificité du pair aidant sont plutôt celles qui ont mis en place des activités formelles de monitoring au cours de la première année d'intégration du pair aidant. À l'inverse, les trois 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. Par ailleurs, d'autres résultats soulignent l'importance d'une planification des mesures d'encadrement dès la phase de préparation. Ainsi, les trois équipes rapportant un manque de planification des mesures d'encadrement à la phase de préparation sont aussi celles qui soulignent des lacunes dans ce domaine à la phase d'implantation, le pattern inverse caractérisant plutôt les équipes ayant prévu de telles mesures à l'embauche du pair aidant.

Les mesures d'encadrement comprennent des outils et des structures (par ex., comité) qui facilitent le processus de référence de la clientèle de même que l'évaluation périodique des suivis (par ex., révision de la pertinence de l'apport spécifique du pair aidant à l'égard des objectifs du plan d'intervention). De tels outils qui précisent la spécificité du pair aidant sont notamment documentés dans deux des équipes. Finalement, il importe de signaler que trois des six chefs d'équipe sont tout particulièrement impliqués dans des activités de monitoring à l'égard du rôle spécifique du pair aidant, ces fonctions étant principalement assumées par le chef de programme dans une autre équipe.

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, notamment en assurant le monitoring des tâches spécifiques qui lui sont attribuées. Ces activités de monitoring concernent principalement le processus d'assignation de la clientèle au pair aidant et de même que l'évaluation de la poursuite ou de la cessation de ses interventions dans les suivis. Finalement, il importe de noter que c'est l'application de ces mesures d'encadrement qui 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 ainsi que 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.

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 une intégration complétée et la sous utilisation des services à 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, et ce sentiment est plutôt indépendant de leur niveau d'intégration pour trois d'entre eux. Ceci renvoie à l'importance accordée aux apprentissages découlant de cette expérience et à la perception de celle-ci comme un processus qui évolue au fil du temps, l'état d'intégration qui est atteint un après l'arrivée du pair aidant dans l'équipe n'en représentant qu'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 à l'égard de l'expérience d'intégration du pair aidant alors que le chef de programme démontre un

niveau de satisfaction relativement élevé. 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 de cette équipe, et cela un an après l'entrée en fonction du pair aidant. De plus, le délai dans l'offre de la formation initiale du programme PAR de même que 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, l'ensemble des pairs aidants sont perçus comme des membres à part entière dans les diverses équipes. 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 son 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 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 pour le pair aidant que celles utilisées pour les autres employés, l'évaluation de la performance au travail ou au retour au travail après une absence de maladie du pair aidant (situation présente dans l'une des équipes) à titre d'exemples. Un an après leur embauche, tous les pairs aidants sont perçus comme des membres à part entière de l'équipe. Finalement, la vision de normalisation cohabite sans difficulté avec l'offre d'accommodements, bien que peu de pairs aidants en aient demandés.

Soutien offert au pair aidant. Le soutien offert par des membres de l'équipe au pair aidant est perçu comme étant suffisant et satisfaisant dans trois des équipes alors que des lacunes sont rapportées dans les trois autres équipes. Alors que les pairs aidants démontrent une satisfaction plutôt élevée à l'égard du soutien offert par le programme PAR, la perception des membres de l'équipes est davantage mitigée, le soutien offert au pair aidant étant une source d'insatisfaction dans quatre équipes. 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 à la prévention de la rechute chez le pair aidant. L'une des mesures retenues se rapporte à la désignation par le pair aidant d'un mentor, c'est-à-dire 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 la présence de 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. Bref, un climat de transparence à l'égard de la surveillance des signes avant-coureurs prévaut 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 s'insèrent dans le cadre des tâches qui lui ont été attribuées. La surveillance de chevauchement entre ses tâches et celles des autres intervenants fait l'objet d'une attention particulière.

La troisième cible de soutien concerne *les habiletés liées à la relation d'aide de même que d'autres compétences liées au suivi des usagers*. Les compétences cliniques varient considérablement d'un pair aidant à l'autre, d'où des différences entre les équipes à l'égard de l'accent accordé à la supervision. Par ailleurs, les équipes diffèrent à l'égard de l'importance qu'elles accordent aux connaissances du pair aidant en matière de psychopathologies et de modes d'interventions thérapeutiques. Ainsi, l'adéquation du profil du pair aidant avec les attentes de l'équipe à l'égard de ses compétences cliniques représente un aspect qui doit faire l'objet d'une évaluation, notamment lors de l'embauche du pair aidant, et d'un suivi après son embauche si cela s'avère indiqué. La proximité amène aussi à gérer des liens d'amitié que nouent certains usagers avec le pair aidant. Redéfinir la relation dans son cadre thérapeutique est une stratégie efficace qui est notamment par l'un des pairs aidants. Toutefois, trois des 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 gestion de la confidentialité des informations se rapportant aux usagers sont clairement établies dans les équipes, en lien avec les recommandations du programme PAR, et les pairs aidants les mettent en application. Toutefois, deux des équipes rapportent avoir eu besoin de traiter de cette question lors de supervisions avec le pair aidant.

À partir de la « Fiche de renseignements démographiques, cliniques et professionnels », remplie par les pairs aidants, le nombre moyen d'heures par mois consacré à la supervision clinique et offerte par l'un des membres de l'équipe est de deux heures, variant de zéro à quatre heures selon les six pairs aidants. Deux des six équipes rapportent 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 et étant d'ailleurs perçu comme complètement intégré dans l'équipe un an après son embauche. En ce qui concerne la supervision clinique, il convient de revenir sur le commentaire de l'un des pairs aidants et qui fait ressortir l'importance de l'offrir dès l'arrivée du pair aidant dans l'équipe.

La quatrième cible de soutien se rapporte à l'*actualisation professionnelle des pairs aidants*. L'ensemble des pairs aidants bénéficie de la formation continue offerte par le programme PAR ainsi que d'autres mesures d'actualisation professionnelle (par ex., conférences, colloques). De plus, trois des six pairs aidants apprécient fortement leurs expériences de stage auprès d'un autre pair aidant, dont le soutien à mieux définir leur apport spécifique. Les mesures d'actualisation professionnelle sont donc très présentes dans les équipes. 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. De plus, elle permet de consolider les compétences cliniques des pairs aidants, celles-ci variant d'un pair aidant à l'autre.

La cinquième cible de soutien concerne 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 ont d'ailleurs varié entre les pairs aidants et ont influé sur l'état de l'intégration 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 à l'équipe 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 plus, un délai dans le dévoilement du pair aidant est notamment relié à la sous utilisation de ses services dans certaines équipes. Bref, ces résultats soulignent l'importance d'adresser la question du dévoilement de même que la formalisation d'une activité s'y rapportant avec le pair aidant et les membres de l'équipe, et cela dès son arrivée dans l'équipe.

La sixième cible de soutien se rapporte aux *activités de réseautage et de soutien entre les pairs aidants*. Le manque d'activités structurées de réseautage est rapporté par plusieurs pairs aidants, certains d'entre eux évoquant d'ailleurs un sentiment de solitude. Par ailleurs, le programme PAR a offert de la supervision à des

pairs aidants, répondant aux demandes qui lui ont été adressées. Ce soutien offert par un pair aidant à un autre pair aidant ressort comme un élément important permettant 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 représente un net avantage.

Soutien à l'équipe. Des lacunes sont rapportées dans deux des équipes à l'égard du soutien offert par des membres de l'équipe aux intervenants. Par ailleurs, trois des six équipes sont insatisfaites du soutien offert à l'équipe par le programme PAR. Elles déplorent notamment le manque de régularité dans l'offre de suivi, le programme PAR offrant plutôt un soutien ponctuel (i.e., « sur demande »). Les deux principales cibles de soutien à l'équipe concernent 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. Cette perspective de bonification au fil du temps est d'ailleurs très présente dans l'une des équipes qui privilégie une approche de co-construction, reposant sur la participation active du pair aidant et des intervenants.

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, confirmant son importance comme cible de soutien. Chez les intervenants, la confusion de rôle réfère 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 une 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, incluant les 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. 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) sont des facteurs qui expliquent, en partie, l'attitude mitigée chez des médecins, selon l'avis de certains répondants. Il importe également 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.

Monitoring de l'intégration du pair aidant. 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 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, trois composantes-clés structurent la phase d'implantation, soit la promotion du rétablissement, l'apport spécifique du pair aidant et l'expérience d'intégration. 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 qui s'y rapportent sont maintenant présentés.

Conditions de travail. Quatre pairs aidants travaillent à temps complet et deux à temps partiel au moment de l'entrevue, le nombre moyen d'heures de travail par semaine étant de 32 et la moyenne du salaire horaire de 21 \$. Cinq des six pairs aidants ont des contrats d'embauche qui diffèrent des autres intervenants, étant

engagés à titre de travailleurs autonomes (2 pairs aidants), occupant un poste syndicable non syndiqué (1 pair aidant) ou bien étant en prêt de services d'un organisme communautaire (2 pairs aidants). Les pairs aidants sont très satisfaits de leurs conditions de travail mais déplorent l'absence du titre d'emploi, lequel empêche la syndicalisation, l'accès à un poste permanent et 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 ou des thèmes connexes. 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. 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, dont diverses présentations (par ex., colloques, organismes dans la communauté) ou la publication de documents (par ex., articles dans des revues professionnelles). Deux des six pairs aidants sont très sollicités pour l'offre de ces activités, celles-ci faisant d'ailleurs l'objet d'un triage afin d'éviter une surcharge de travail ou de prévenir un sous-investissement des activités cliniques.

Effets de l'Intégration

Les effets de l'intégration du pair aidant dans les diverses 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 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 obtenus à l'aide du RAS (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.

La surcharge émotive liée à l'utilisation du savoir expérientiel ainsi que la proximité avec l'utilisateur représentent des éléments de stress qui sont spécifiques au travail de pair aidant. Recoupant les données recueillies à partir du RAS (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 (i.e., 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 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 (i.e., bien-être émotionnel), la croissance personnelle, l'acceptation de soi et le sens à la vie (i.e., trois dimensions du bien-être psychologique) de même que le sentiment d'être utile aux autres (i.e., bien-être au plan social). Les retombées négatives concernent les relations entre pairs, notamment le manque de soutien mutuel dû à un réseautage insuffisant, rapporté par tous les pairs aidants, ainsi qu'un sentiment de solitude, évoqué chez la moitié des pairs aidants.

Les membres de l'équipe et les usagers 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'utilisateur à la terminaison de la relation, dont une diminution graduelle des contacts.

Finalement, les échanges avec le pair aidant favorisent la pratique réflexive chez les intervenants, notamment à l'égard de la promotion du rétablissement auprès des usagers. Bien qu'aucun virage majeur à l'égard des pratiques individuelles ou organisationnelles ne soit associé à la présence du pair aidant, la posture face à l'intervention est l'objet de modifications et renvoie à des éléments de bonification quant à la façon de voir la clientèle, incluant une approche davantage centrée sur la personne, une croyance encore plus forte dans le rétablissement de l'utilisateur ainsi qu'une accentuation de son pouvoir d'agir. Comparativement aux pratiques individuelles, les changements à l'égard de pratiques organisationnelles sont moins documentés et se rapportent principalement à des activités de réseautage avec des ressources de la communauté, incluant de nouvelles collaborations ou bien la réactivation de liaisons avec celles-ci.

Discussion

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

L'étude apporte une contribution originale en proposant une lecture dynamique du processus, qui renvoie à la proposition de 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 à intégrer le pair aidant et l'état de son intégration ainsi que la clarté de son apport spécifique un an après son embauche dans l'équipe. L'importance d'un plan d'action pour consolider les pratiques orientées vers le rétablissement est démontrée par la relation positive entre l'ancrage de ces pratiques et l'état de son intégration ainsi que la clarté de son apport spécifique un an après son embauche dans l'équipe. L'importance d'un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant et de son apport spécifique dès la phase de préparation est démontrée par la relation positive avec la planification de mesures d'encadrement dans ces deux domaines à la phase de préparation et la formalisation de ces mesures un an après l'embauche du pair aidant. La relation positive entre la planification de mesures d'encadrement à la phase de préparation et la clarté liée à la spécificité du pair aidant un an après son embauche apporte un soutien additionnel à l'implantation du plan de suivi.

Un portrait plus détaillé du processus est offert à l'aide des éléments-clés de phase de préparation et de la phase d'implantation. Ceux qui se rapportent à 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 de titre d'emploi renvoient à la détermination et à l'engagement des acteurs. 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. Par ailleurs, 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 socioprofessionnels du pair aidant à être embauché, des écarts entre le profil désiré et le profil du pair aidant sélectionné nuisant à l'intégration et notamment à l'égard des compétences cliniques.

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. Finalement, 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 aux États-Unis et cette question n'a pas été soulevée chez les six pairs aidants.

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 a été 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).

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'usager, 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, Chinman, Sells, & Rowe, 2006). De plus, les travaux de définition des équipes portent sur la délimitation de tâches spécifiques dans le contexte de l'offre de services « case management », ce qui les différencie d'autres expériences d'intégration où les pairs aidants agissent en parallèle en offrant des programmes d'intervention qui ne comportent pas de suivis conjoints avec les intervenants (par ex., Rivera, Sullivan, & Valenti, 2007; Tondora et al., 2010). Les stratégies de définition 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), recoupant d'ailleurs des recommandations de la RAND Corporation (Chinman, Hamilton, et al., 2008). Toutefois, les équipes apportent de nouvelles informations à l'égard de stratégies précises de définition. Les stratégies les plus fréquentes se rapportent à la « co-intervention » qui s'arrime avec un mode parallèle de collaboration interprofessionnelle et l'offre de nouveaux services, notamment des ateliers de groupe. De plus, ces diverses stratégies agissent en synergie, 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, certains perçoivent la « co-intervention » comme une étape intermédiaire évoluant vers 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 est implanté dès la phase de préparation et qui porte une attention particulière à l'évolution de son apport spécifique au fil de l'expérience d'intégration, pouvant inclure des modifications à la description initiale des tâches du pair aidant ou à d'autres outils utilisés pour définir les tâches. Par ailleurs, l'étude démontre l'importance de la mise en place de procédures d'assignation de la clientèle et d'évaluation périodique des activités de suivi du pair aidant auprès de la clientèle. Ces activités de monitoring sont peu documentées dans la littérature, à l'exception d'une étude qui y fait allusion (McLean, et al., 2009). Au plan des pratiques, ceci renvoie à l'importance d'un plan de suivi qui est instauré dès la phase de préparation et qui cible des mesures d'encadrement.

Recoupant les travaux liés à la délimitation des tâches spécifiques, 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 d'ailleurs 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, Herinckx, Demmler, Clarke, Cutter, & Birecree, 1999). Toutefois, la résonance affective

chez l'utilisateur qui est liée à la compréhension empathique du pair aidant représente un aspect peu documenté dans la littérature. À cet égard, les résultats de l'étude font ressortir l'émergence de fortes émotions positives chez l'utilisateur qui découlent de l'expérience de proximité vécue avec le pair aidant et de l'empathie de ce dernier. Cette charge émotionnelle positive amène l'utilisateur 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 de perspectives sur divers aspects de la vie, à la consolidation de ressources personnelles et à la promotion de la santé mentale positive. À l'instar d'autres théories, 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'utilisateur, ce concept majeur demeurant vaguement défini dans la littérature. La première contribution de l'étude se rapporte au 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'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. Quant à la proximité relationnelle, elle correspond à des rapports fondés sur l'intimité, l'égalité, la familiarité et la réciprocité. Alors que la théorie de comparaison sociale (Festinger, 1954) guide l'analyse des données se rapportant à la proximité expérientielle, la théorie du soutien social (Turner, 1999) guide celle de la proximité relationnelle. La seconde contribution de l'étude concerne l'identification de mécanismes qui permettent de faire le pont entre les expériences de proximité expérientielle et relationnelle et leurs retombées sur l'utilisateur. Cette approche dynamique de la proximité demande à être davantage détaillée dans de futurs travaux de recherche et s'avère stimulante pour faire avancer les connaissances sur cet important ingrédient du soutien « par et pour », dont des études explorant les patterns de comparaisons en fonction d'éléments de profil de la clientèle ou bien d'autres visant à déterminer le rôle potentiellement modérateur de la proximité sur des indices du rétablissement (par ex., symptômes psychiatriques, fonctionnement social, santé mentale positive).

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 l'utilisateur, elles se rapportent à l'identification positive au pair aidant, au dévoilement de soi chez le pair aidant, à la compréhension du pair aidant à l'égard du vécu de l'utilisateur, ainsi qu'à 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, et al., 2006). Comme cela est rapporté ci-dessus, une meilleure compréhension de l'articulation entre ces mécanismes et ces retombées s'avère toutefois nécessaire et doit faire l'objet de recherches additionnelles.

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. L'intégration du pair aidant s'avère plus difficile dans les équipes ayant des pratiques en émergence, bien que celles-ci aient un discours orienté vers cette approche. Ces données renforcent l'importance d'un plan de formation continue sur le rétablissement, incluant des formations additionnelles, de la supervision de même que des espaces de discussion orientés vers la pratique réflexive (par ex., Hutchinson et al., 2006). L'offre de telles mesures caractérisent plutôt les équipes ayant des pratiques établies. Un important défi pour les équipes, notamment chez celles ayant des pratiques en émergence, consiste donc à l'élaboration et à la mise en place d'un plan de formation continue sur le rétablissement, contribuant à réduire l'écart entre les pratiques du pair aidant et celles des intervenants et à favoriser un climat de cohésion dans l'équipe à l'égard de la promotion du rétablissement. Comme le souligne plusieurs équipes, ce plan et l'offre de formation doit démarrer dès la phase de préparation.

La phase d'implantation est aussi celle où se vit 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, recoupent 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 rôle sont deux cibles importantes de soutien, en lien avec leur impact sur la collaboration interprofessionnelle (Carlson, Rapp, & McDiarmid, 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).

Les retombées positives de l'intégration du pair aidant sont fort nombreuses. En ce qui concerne les effets de l'intégration, la promotion d'espoir chez l'usager (Davidson, et al., 2006; McLean, et al., 2009; Repper & Carter, 2011) et la consolidation de son pouvoir d'agir (Carlson, et al., 2001; McLean, et al., 2009) représentent deux retombées positives fréquemment rapportées, recoupant les données recueillies à partir du RAS (Corrigan, et al., 2004). Par ailleurs, une évolution positive chez les usagers est largement rapportée mais sans spécification à des indicateurs de résultats (par ex., symptômes, fonctionnement social, utilisation des services d'hospitalisation). Toutefois, le rapport à soi chez l'usager représente un domaine où l'apport du pair aidant est très accentué, dont une plus grande révélation, connaissance et compréhension de soi. Ces retombées font d'ailleurs écho à l'utilisation du narratif comme outil d'intervention chez les pairs aidants.

Le travail de pair aidant amène plusieurs sources de satisfaction, dont la possibilité d'utiliser ses forces, le travail non routinier de même que le fait d'être rémunéré pour utiliser son savoir expérientiel. De la fierté ainsi que le sentiment de performance au travail représentent deux autres retombées de même que le sentiment de croissance personnelle. Le sentiment d'être utile aux autres est souvent évoqué dans la littérature et pour plusieurs des six pairs aidants il est aussi porteur de sens, notamment à l'égard de la souffrance vécue dans le passé. Ces divers résultats sont similaires à d'autres rapportés dans la littérature (Frank, Swartz, Mallinger, Thase, Weaver, & Kupfer, 1999; Mancini & Lawson, 2009; Manning & Suire, 1996; Mowbray, Moxley, & Collins, 1998; Salzer & Shear, 2002). Par ailleurs, des pairs aidants soulignent l'importance de prendre soin de soi et de mettre une distance avec le vécu de l'usager, la proximité et le partage de vécu provoquant parfois une surcharge émotive. 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.

Les membres de l'équipe et les usagers expriment un niveau plutôt élevé de satisfaction à l'égard du soutien offert par le pair aidant, recoupant d'autres études (McLean, et al., 2009). Les ateliers de groupe représentent, entre autres, une importante source de satisfaction chez plusieurs usagers.

Bien qu'aucune transformation majeure ne découle de l'intégration du pair aidant, des changements sont présents à l'égard de la façon de voir la clientèle alors que la façon d'intervenir demeure plutôt inchangée. Ces retombées sous-tendent l'apport du pair aidant à la pratique réflexive orientée vers la promotion du rétablissement chez les intervenants, et cela dans toutes les équipes. En ce qui concerne les changements liés à la façon de voir la clientèle, une approche davantage centrée sur la personne est notamment rapportée, incluant une sensibilisation accrue aux préjugés auxquels font face les usagers, une écoute plus grande envers l'usager ainsi qu'une compréhension élargie de la personne (McLean, et al., 2009). Bref, le pair aidant agit en tant qu'agent de bonification plutôt qu'en tant qu'agent de transformation des pratiques (Chinman 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 programmes, 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.

Recommandations

Le guide de référence du programme PAR (Lagueux, et al., 2011) comprend plusieurs recommandations pour favoriser l'embauche et l'intégration de pairs aidants et les expériences des équipes ayant participé à l'étude y font largement référence. D'autres constats de l'étude conduisent à suggérer des recommandations qui viennent s'ajouter à celles proposées dans le guide. Elles sont maintenant l'objet d'une brève présentation (pour la liste des recommandations, voir le Tableau à la page suivante).

- *Offrir un soutien à la promotion du rétablissement auprès des équipes prévoyant embaucher un pair aidant et qui ont des pratiques en voie d'émergence* (niveau national).
- *Déterminer le rôle du pair aidant à l'égard de la promotion de pratiques orientées vers le rétablissement dans le contexte de l'état de transformation de ces pratiques dans l'équipe. Pour les équipes ayant des pratiques en émergence, élaborer un plan de promotion des pratiques au sein duquel le pair aidant peut être l'une des personnes ressources* (phase de préparation, niveau organisationnel).

L'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement varie entre les équipes, trois ayant des pratiques en émergence et les trois autres ayant des pratiques établies. L'ancrage de ces pratiques est lié à l'état de l'intégration du pair aidant et à la clarté de son rôle et de ses tâches un an après son embauche dans l'équipe. L'intégration du pair aidant est donc plus difficile dans les équipes où les pratiques orientées vers le rétablissement sont en émergence.

Les équipes ayant des pratiques établies ont tendance à se démarquer de celles ayant des pratiques en émergence par l'offre d'activités de formation continue sur le rétablissement. Chez les équipes ayant des pratiques en émergence, la mise en place d'un plan de promotion du rétablissement permet d'arrimer les pratiques basées sur le rétablissement du pair aidant avec celles des intervenants. Des attentes non comblées à l'égard du rôle du pair aidant en tant qu'agent de changement face à l'approche du rétablissement soulèvent l'importance de miser sur une variété de mesures pour promouvoir la consolidation de ces pratiques, incluant l'apport du pair aidant et celui de d'autres personnes ressources. Chez les équipes ayant des pratiques établies, l'apport du pair aidant est moins formalisé et son regard critique sur les plans d'intervention à partir de son expérience personnelle contribue à l'enrichissement des pratiques, cette contribution étant notamment relevée dans les descriptions de tâches. Bref, le niveau d'ancrage des pratiques orientées vers le rétablissement influence sur le rôle du pair aidant à l'égard de la promotion de ces pratiques, d'où l'importance de le préciser dès la phase de préparation.

- *Offrir suffisamment d'échanges 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 à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant, notamment en ce qui concerne un statut régulier* (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, des écarts entre le profil désiré et le profil du pair aidant sélectionné nuisant à l'intégration et notamment à l'égard des compétences cliniques. Par ailleurs, l'offre suffisante d'échanges dans l'équipe de même que l'atteinte d'un consensus à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant font partie des critères d'évaluation du niveau de prédisposition à intégrer le pair aidant, lequel a une valeur prédictive sur l'état de l'intégration du pair aidant et la clarté de son apport spécifique un an après son embauche.

Au plan organisationnel

Phase de préparation

- Déterminer le rôle du pair aidant à l'égard de la promotion de pratiques orientées vers le rétablissement dans le contexte de l'état de transformation de ces pratiques dans l'équipe. Pour les équipes ayant des pratiques en émergence, élaborer un plan de promotion des pratiques au sein duquel le pair aidant peut être l'une des personnes ressources.
- Offrir suffisamment d'échanges 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 à l'égard de la définition du rôle et des tâches du pair aidant, notamment en ce qui concerne un statut régulier.

Phase d'implantation

- Implanter un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant, incluant son apport spécifique dans l'équipe.
- Mettre en place les outils de référence de la clientèle au pair aidant ou d'autres documents relatifs à la définition de son rôle et de ses tâches.
- Supervision offerte au pair aidant par un autre pair aidant.
- Favoriser la formation continue du pair aidant.

Au plan national

- Rendre accessible le titre d'emploi de pair aidant.
- Promouvoir l'embauche de pairs aidants.
- Offrir du soutien aux équipes par des experts en matière d'intégration de pairs aidants.
- Offrir un soutien à la promotion du rétablissement auprès des équipes prévoyant embaucher un pair aidant et qui ont des pratiques en voie d'émergence.

- *Implanter un plan de suivi à l'égard de l'intégration du pair aidant, incluant son apport spécifique dans l'équipe* (phase d'implantation, niveau organisationnel).
- *Offrir du soutien aux équipes par des experts en matière d'intégration de pairs aidants* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

La définition et le monitoring des tâches spécifiques du pair aidant de même que le soutien offert au pair aidant et à l'équipe représentent d'importants enjeux liés au succès de l'intégration. De plus, le soutien offert par le programme PAR, offrant un suivi ponctuel plutôt que régulier, représente une source d'insatisfaction chez plusieurs équipes, soulevant l'importance d'un accompagnement tout au long de la phase d'implantation.

- *Mettre en place les outils de référence de la clientèle au pair aidant ou d'autres documents relatifs à la définition de son rôle et de ses tâches* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

La littérature accentue l'importance d'une description de tâches qui soit claire et précise. Les expériences vont dans ce sens tout en soulignant que les tâches du pair aidant se précisent au fil des expériences de collaboration entre le pair aidant et les intervenants, requérant des mises à jour de la description de tâches. Par ailleurs, l'application de mesures d'encadrement liées à l'apport spécifique du pair aidant dans le soutien des usagers influent sur la clarté de ses tâches, telles que perçues un an après son arrivée dans l'équipe. Ces mesures font notamment référence au développement de critères de référence de la clientèle et à la mise en place d'activités de monitoring ciblant le processus d'assignation de la clientèle de même que l'évaluation périodique des activités de suivi auprès de la clientèle, dont la poursuite ou la cessation du soutien offert à chaque usager.

- *Supervision offerte au pair aidant par un autre pair aidant.* (phase d'implantation, niveau organisationnel).

Les pairs aidants soulignent l'importance d'activités plus structurées de réseautage, plusieurs d'entre eux éprouvant un sentiment d'isolement dans l'exercice de leurs fonctions. Par ailleurs, la gestion du double rôle, soit le départage entre le rôle d'ami et celui de pair aidant, représente une importance 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, notamment à l'égard de l'organisation des activités de travail. Le recoupement de ces divers éléments renvoie à l'offre de supervision par un pair aidant ayant acquis suffisamment d'expériences dans l'exercice de ce rôle, dont une connaissance des enjeux cliniques et de ceux liés à l'intégration.

- *Favoriser la formation continue du pair aidant.* (phase d'implantation, niveau organisationnel)

La courte durée du programme PAR de même que des variations dans les compétences cliniques des pairs aidants représentent deux facteurs qui soutiennent l'offre de formation continue.

- *Rendre accessible le titre d'emploi de pair aidant.* (niveau national)
- *Promouvoir l'embauche de pairs aidants.* (niveau national)

L'absence de titre d'emploi de pair aidant 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. 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 la pérennité de l'embauche de pairs aidants dans des 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 de 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'une version plus détaillée du rapport de recherche est accessible sur le site web de l'AQRP, à l'adresse www.xxxxx.

Références

- Basset, T., Faulkner, A., Repper, J., & Stamou, E. (2010). Lived experience leading the way : Peer support in mental health Available from <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., & Martone, L. (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.
- 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.
- 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.
- 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. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 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.
- Harvey, D., & Lagueux, N. (2006). *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* Paper presented at the Journée d'information et de consultation sur le programme québécois pairs-aidants réseau,.
- 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., & Rogers, E. S. (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., & Hammami, H. (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*. Retrieved from <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.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis : An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (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.
- 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.
- National Association of Peer Specialists. (2007). *Peer specialist Compensation/satisfaction 2007 Survey report*. Retrieved from <http://www.papeersupportcoalition.org/peer/PeerSpecialistCompensationandSatisfactionSurveyReport.pdf>.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (1996). *Utilization-focused evaluation: The new century test* (3rd ed.). 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.

- 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. In C. Dallaire (Ed.), *Savoir infirmier: Au coeur de la discipline et de la profession infirmière* (pp. 209-238). Boucherville (Québec): Gaëtan Morin.
- Provencher, H. L., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'Information Psychiatrique*, 86(7), 1-11.
- 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.
- 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.
- 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.
- Salzer, M. S. (2010). Certified peer specialists in the United States behavioral health system: An emerging workforce. In L. D. Brown & S. Wituk (Eds.), *Mental Self-Help* (pp. 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.
- 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.
- 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.
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse*, 22, 171-182.
- Tondora, J., O'Connell, M., Miller, R., Dinzeo, T., Bellamy, C., Andres-Hyman, R., & Davidson, L. (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.

- Turner, R. J. (1999). Social support and coping. In A. V. Horwitz & T. L. Sheid (Eds.), *An handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 198-210). New York: Cambridge University Press.
- 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.