

## Résumé

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

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

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

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

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

Ces divers éléments soulignent l'importance de réaliser une étude dont le but général vise à décrire le processus d'intégration de pairs aidants dans des équipes offrant des services de suivi et de soutien dans la communauté à des personnes aux prises avec des troubles mentaux. L'étude débute en octobre 2008 et la collecte des données s'échelonne de mai 2009 à avril 2010. Elle repose sur un devis mixte, faisant appel à des méthodes qualitatives et quantitatives. Le processus d'intégration est exploré un an après l'embauche du pair aidant dans six équipes en santé mentale, deux offrant du suivi intensif et quatre du soutien d'intensité variable. Ces équipes font partie des premières ayant embauché des pairs aidants formés par le programme PAR en 2008. De plus, les équipes offrant des services de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable sont notamment ciblées dans le PASM (MSSS, 2005) comme milieux d'embauche.

Des rencontres individuelles sont réalisées auprès des six chefs de programme, six chefs d'équipe, six pairs aidants alors que des groupes de discussion permettent de recueillir les commentaires de 29 intervenants et de 31 personnes suivies par les pairs aidants. Les guides d'entrevue des chefs de programme, des chefs d'équipe, des intervenants et des pairs aidants reposent sur le cadre de l'évaluation de l'action émergente (Patton, 1990, 1996) qui est transposé dans le contexte spécifique de l'intégration des pairs aidants dans des ressources en santé mentale. Le guide d'entrevue du pair aidant comprend des thèmes additionnels qui explorent son vécu

professionnel et son expérience d'accompagnement des usagers. Quant au guide des usagers recevant des services du pair aidant, il est élaboré à partir des dimensions-clés du rétablissement (Provencher, 2002) et des modes d'accompagnement orientés vers le rétablissement (Provencher, 2008a, 2008b). De plus, les descriptions de tâches des pairs aidants représentent une autre source de données qualitatives utilisée dans cette étude. Par ailleurs, le « Recovery Assessment Scale » (RAS) (Corrigan, Giffort, Rashid, Leary, & Okeke, 1999; Corrigan, Salzer, Ralph, Sangster, & Keck, 2004) est utilisé pour mesurer le rétablissement des pairs aidants et des usagers participant aux groupes de discussion. Trois nouveaux questionnaires auto-administrés sont développés et prétestés dans l'étude, documentant divers aspects liés à la promotion de l'approche du rétablissement (Provencher, 2008a). Il s'agit : 1) du Questionnaire sur la Vision du Rétablissement (QVR), 2) de l'Échelle des Valeurs Organisationnelles Orientées vers le Rétablissement (ÉVOOR), et 3) du Questionnaire sur les Attitudes Relationnelles de Base Orientées vers le Rétablissement (QARBOR). L'analyse des données qualitatives comprend cinq niveaux, des unités de sens à la comparaison des matrices du processus d'intégration entre les six équipes. Deux membres de l'équipe de recherche procèdent, de façon indépendante, à la codification des données et les cas de désaccord sont tranchés par consensus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans les six équipes, les usagers et les membres de l'équipe expriment un niveau plutôt élevé de satisfaction à l'égard du soutien apporté par le pair aidant. Les ateliers de groupe représentent, entre autres, une importante source de satisfaction chez plusieurs usagers. Lors des premiers échanges avec le pair aidant, quelques usagers sont réticents à recevoir des services de sa part. Toutefois, leurs appréhensions initiales se dissipent au fil des rencontres et ils apprécient par la suite l'aide apportée par le pair aidant.

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

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

Université Laval, février 2012



Programme de subventions à l'expérimentation

