

# **Intégration des pairs-aidant afin de favoriser le rétablissement en santé mentale : revue de littérature des obstacles**

Travail de Bachelor

Par

**Lauriane Jauquier, Pauline Leemann**  
Promotion [2015-2018]

Sous la direction de: Marco Matrascia

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Juillet 2018

## Résumé

**Introduction** : l'intégration des pairs-aidant (PA) est une thématique récente dans les sciences infirmières. La problématique soulevée par les auteures de cette revue est la difficulté d'intégration des PA au sein de la collaboration interprofessionnelle. En effet, c'est un problème fréquemment recensé dans les études. Pourtant, les sciences infirmières tendent à prouver l'efficacité des PA sur le rétablissement des usagers en psychiatrie. **Buts** : Faire un état des lieux des obstacles à l'intégration des PA afin d'orienter la recherche sur des pistes d'amélioration. **Méthode** : Cette revue de littérature est basée sur six articles scientifiques trouvés sur PubMed, entre décembre 2017 et mai 2018. L'analyse de ces articles a été effectuée à l'aide de deux grilles et en se basant sur deux cadres de références qui sont le rétablissement et la collaboration interprofessionnelle. **Résultats** : Suite à l'analyse des résultats, trois catégories principales sont ressorties des études ainsi que des sous-catégories. Le premier obstacle est le rôle du PA, celui-ci est mal défini. La deuxième difficulté concerne le fonctionnement au sein de l'établissement, qui a des ressources limitées. Pour finir, le troisième obstacle est l'acceptation du grand public. **Discussion** : L'intégration des PA dans les équipes de soins est un problème d'actualité qui impacte principalement la collaboration interprofessionnelle et le rétablissement des usagers de psychiatrie. Tous les articles analysés mettent en lumière des obstacles similaires qui sont corroborés par la littérature existante sur ce sujet. **Conclusion** : Plusieurs obstacles ont été trouvés. Ceux-ci permettent aux auteures d'arborer une vision neuve sur leur pratique professionnelle et d'orienter les recherches sur différentes pistes d'intervention afin de favoriser l'intégration. **Mots-clés** : intégration, pair-aidant, rétablissement, obstacles, collaboration interprofessionnelle, accompagnement, santé mentale

## Tables des matières

<b>RESUME.....</b>	<b>II</b>
<b>TABLES DES MATIERES .....</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>VI</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>II</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
PROBLEMATIQUE .....	3
QUESTION DE RECHERCHE .....	5
OBJECTIFS .....	5
<b>CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>6</b>
COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE .....	7
RETABLISSEMENT .....	10
<b>METHODE.....</b>	<b>13</b>
ARGUMENTATION ET CHOIX DU DEVIS .....	14
LES ETAPES DE LA REALISATION .....	14
<i>Base de données et mots-clés/MeSH utilisés .....</i>	<i>14</i>
<i>Equations de recherches.....</i>	<i>15</i>
<i>Critères d'inclusion et d'exclusion: .....</i>	<i>19</i>
<i>Stratégie de recherche .....</i>	<i>19</i>
<b>RESULTATS .....</b>	<b>21</b>
CARACTERISTIQUES DES ETUDES .....	22
CATEGORISATION DES RESULTATS .....	25
<i>Rôle du PA .....</i>	<i>25</i>
<i>Limites personnelles versus professionnelles .....</i>	<i>25</i>
<i>Reconnaissance de l'identité des PA.....</i>	<i>27</i>
<i>Compréhension de l'équipe interprofessionnelle.....</i>	<i>28</i>
<i>Formation des PA .....</i>	<i>29</i>
<i>Fonctionnement au sein de l'établissement .....</i>	<i>30</i>
<i>Acceptation par le grand public .....</i>	<i>31</i>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>32</b>
INTERPRETATION DES RESULTATS .....	33
<i>Liens avec la question de recherche .....</i>	<i>33</i>
<i>Regard critique avec les cadres de références.....</i>	<i>35</i>
RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE, LA PRATIQUE, LA FORMATION .....	39
<i>La recherche .....</i>	<i>39</i>
<i>La pratique .....</i>	<i>40</i>
<i>La formation .....</i>	<i>40</i>
FORCES ET LIMITES .....	40
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>45</b>

<b>APPENDICE A .....</b>	<b>49</b>
<b>APPENDICE B .....</b>	<b>51</b>
<b>APPENDICE C .....</b>	<b>121</b>
<b>APPENDICE D .....</b>	<b>126</b>
<b>APPENDICE E .....</b>	<b>134</b>

### **Liste des tableaux**

Tableau 1: Mots-clés, mots MeSH.....	15
Tableau 2: Stratégie de recherche 1.....	16
Tableau 3: Stratégie de recherche 2.....	16
Tableau 4: Stratégie de recherche 3.....	17
Tableau 5: Stratégie de recherche 4.....	17
Tableau 6: Stratégie de recherche 5.....	18
Tableau 7: Stratégie de recherche 6.....	18

### **Liste des figures**

Figure 1: Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme .	9
Figure 2: FlowChart, Diagramme de stratégie de recherche .....	20
Figure 3: Catégorisation des résultats .....	25

## **Remerciements**

M Marco Matrascia, professeur à la HEdS-Fribourg, directeur du Travail de Bachelor, pour son investissement, sa gentillesse, sa disponibilité et son encadrement.

Mme Ariane Kaps, professeure à la HEdS-Fribourg pour son soutien, ses conseils et ses contacts.

Mme Liliane Sticher, pair-aidante et professeure à l'université de Fribourg pour sa disponibilité.

Prof Charles Bonsack, médecin chef du département de psychiatrie du CHUV, pour la mise à disposition de documents et son accessibilité.

M Boris Eicher & Mme Nicole Perroud pour la correction de l'orthographe & syntaxe, et pour la relecture de ce travail.

Les familles, les proches pour leur soutien tout au long de ce travail.

## Introduction



L'Observatoire de la Santé informe qu'en Suisse, la prévalence des troubles psychiques dépend de l'âge, du sexe et du niveau de formation (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016). Selon Wittchen, Jacobi & al (2011, cité dans Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016), près de  $\frac{2}{3}$  de la population de l'UE souffre d'un trouble psychique, une fois par année. Les troubles les plus courants sont les troubles anxieux (14%), les troubles affectifs (7.8%), essentiellement les dépressions (6.9%), et les troubles dus à l'alcool (3.4%). De plus, la prévalence est en constante augmentation. Cela pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des troubles psychiques, des professionnels et de la population, qui favorisent leur détection (Schuler, Tuch, Buscher & Camenzind, 2016)

Parallèlement au développement et à la diversité des rôles des soignants, à l'évolution des approches psychothérapeutiques et aux actions plus ciblées des médicaments en milieu psychiatrique, une place croissante pour les pairs-aidants se dessine en santé mentale (Godrie, n.d.).

L'histoire de cette profession remonte au XIXe siècle avec Jean-Baptiste Pussin, ancien usager de psychiatrie. Il a proposé au docteur Pinel d'employer d'anciens patients de la Salpêtrière (hôpital psychiatrique parisien), appelés « Aliénés guéris » pour leurs capacités relationnelles développées durant leur maladie. Par la suite, il y aura la naissance des **groupes d'entraide** comme les Alcooliques Anonymes (AA) au début du XXe siècle. Dans les années 1980, Judi Chamberlin, ex-patiente en psychiatrie, revendique le droit à la parole et à un accompagnement pour les usagers de la santé mentale. C'est dans ces années-là que se dessine le concept du rétablissement par Patricia Deegan, également ex-patiente des services de santé mentale. Ainsi, c'est aux Etats-Unis que les premières expériences de recrutement d'anciens usagers de psychiatrie émergent (Mccluskey, 2016 ; Davidson, 2010, dans Pluriels, 2010).

Actuellement, en Suisse romande, une formation est mise en place par l'école d'études sociales et pédagogiques de Lausanne en collaboration avec Pro Mente Sana et la Coordination Romande des Associations d'Action en Santé Psychique (CORAASP). Cette formation a pour but que les pairs-aidants (PA) développent une posture professionnelle en relativisant leur vécu et en trouvant une place dans l'équipe pluridisciplinaire (Mccluskey, 2016). Afin de soutenir cette nouvelle profession, une association, appelée Re-Pairs (réseau de pairs-praticiens), a été créée par la première volée de PA. Sa mission est de réunir les PA fraîchement diplômés afin qu'ils gardent contact, qu'ils assurent une meilleure visibilité et qu'ils défendent les intérêts de leur profession (Schaller, dans Graap-Fondation, 2014).

En 2016, en Suisse romande, treize PA ont fini leur formation et sont, depuis, employés dans différents contextes, comme les services de psychiatrie générale des hôpitaux universitaires genevois (HUG), les services de psychiatrie communautaire du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), l'établissement médicaux-social psychiatrique (maison Béthel) et interviennent occasionnellement dans les hautes écoles de santé (Mccluskey, 2016).

### **Problématique**

Le pair-aidant est défini selon Favrod, McCluskey & Nguyen (2016) comme un professionnel qui met au service de la communauté les compétences acquises sur la base de l'expérience d'un trouble psychique. Ce dernier a suivi une formation et peut pratiquer différents rôles professionnels :

- *rôle clinique*: identification, espoir, soutien, aider à la prise de décision des personnes qui souffrent de trouble psy
- *rôle d'enseignant*: témoignages de son expérience auprès des étudiants, communiquer le résultat de ses recherches.

- *rôle de chercheur*: recherche avec un positionnement différent et pointer des zones grises
- *rôle de gestionnaire*: faire valoir le rôle d'usager des services de soins (patient/soignant) dans les décisions
- *rôle de militant*: défendre les droits et intérêts des usagers auprès des équipes de soins/ argumenter auprès du soigné les propositions des soignants

Les avantages de cette approche sont pour les usagers : une évolution quant à l'accès aux soins, à l'observance des traitements, à l'espoir, au rétablissement et à l'estime de soi, ainsi que le développement de l'empowerment. Pour l'équipe soignante, les avantages de l'intervention des PA sont : une prise en charge diversifiée et améliorée, une amélioration de l'alliance thérapeutique, une évolution favorable des usagers et une croisée entre les savoirs expérientiels et professionnels. Quant aux PA, les bénéfices sont : l'amélioration de la qualité de vie, la réinsertion professionnelle et l'évolution du rétablissement personnel (Roelandt, Staedel, Rafael, Marsili, François, Le Cardinal & Desmons, 2015).

Dans les différents écrits que nous avons lus, l'intégration des PA dans les domaines de soins n'est pas chose facile. Sacco (2014) dit que les premières expériences, réalisées en 1985 au Canada et aux Etats-Unis, ont démontré que leur intégration dans les équipes soignantes n'allait pas forcément de soi. Ces dires sont corroborés par la fondation Groupe d'Accueil et d'Action Psychiatrique (Graap-fondation) qui fait part de beaucoup de lacunes pour que l'intégration de ces nouveaux partenaires de soins soit faite de manière adéquate.

Alors que les recherches actuelles démontrent des avantages précieux pour l'évolution des patients souffrant de troubles psychiques, la question de l'intégration des PA reste complexe.

### **Question de recherche**

En s'appuyant sur les données précédentes et la documentation consultée, les auteures se sont concentrées sur la question suivante : **Quels sont les obstacles à l'intégration des pairs-aidants au sein de la collaboration interprofessionnelle pour favoriser l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques?**

### **Objectifs**

Le Professeur Philippe Huguelet (Confédération Suisse, 2017) affirme que « le développement d'une offre de prestations effectuées par des pairs praticiens en psychiatrie constitue un objectif incontournable pour une structure de soin moderne, orientée vers le rétablissement». C'est pourquoi, les auteures ont choisi d'axer leur problématique sur les obstacles car elles veulent favoriser la recherche de pistes d'amélioration en ce qui concerne l'intégration au sein d'une équipe interprofessionnelle.

## **Cadre théorique**

Dans ce chapitre, les auteurs vont aborder les théories avec lesquelles elles pourront mettre en lien les résultats de leur recherche. Plusieurs théories et/ou concepts se démarquent au sein des écrits tels que la collaboration interprofessionnelle, le rétablissement/empowerment, l'advocacy, le partenariat et l'espoir. Les auteures ont choisi d'approfondir deux théories pertinentes en lien avec les articles de recherche analysés et qui vont leur permettre de corroborer leurs résultats.

### **Collaboration interprofessionnelle**

D'Amour, Sicotte & Lévy (1999) définissent la collaboration interprofessionnelle comme étant :

« Un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci. »

Différentes théories expliquent la collaboration interprofessionnelle :

D'Amour, Sicotte & Lévy (1999) expliquent cette théorie au travers de trois déterminants qui peuvent influencer celle-ci. Tout d'abord, le système professionnel qui s'oppose au principe d'interprofessionnalité. Ce principe va plus loin que la juxtaposition des professions de santé autour des patients. Il englobe une prise de décision collective pour le bien des patients, ainsi qu'une relation basée sur un pied d'égalité entre les intervenants. Ceci se justifie par le fait qu'aucune profession ne peut offrir la totalité d'une prise en charge (Confédération Suisse, 2017). Ensuite, D'Amour, Sicotte & Lévy (1999) font part de l'importance des déterminants interactionnels tels que la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership et le climat. Ceux-ci vont agir sur le déroulement d'une collaboration interprofessionnelle réussie. Enfin, les facteurs organisationnels sont d'autant plus

importants. Les auteurs en démontrent plusieurs tels que l'importance de la structure, de la technologie, de la taille et de la composition du groupe. Un des facteurs important est la reconnaissance du fonctionnement de l'équipe par les institutions. Ainsi, D'Amour, Sicotte & Lévy (1999) conçoivent « la collaboration interprofessionnelle comme [étant] la structuration d'une action collective entre partenaires en situations d'interdépendance ».

Selon l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) (2016, cité dans Confédération Suisse, 2017), quatre éléments entrent en jeu pour la réussite de la collaboration interprofessionnelle. Dans un premier temps, le cadre de soins (hôpital, ambulatoire, etc.) influence, par le biais du fonctionnement, des structures déjà existantes et du financement. Dans un second temps, la définition des rôles, des compétences et des responsabilités de chaque intervenant est un facteur nécessaire afin d'en ressortir les avantages et les limites à la pratique interprofessionnelle. Ensuite, le leadership est une condition importante à une bonne collaboration interprofessionnelle. L'Office fédérale de la Santé Publique (2013, cité dans Confédération Suisse, 2017) indique que « la perception professionnelle de soi et des autres, les domaines de compétences et les hiérarchies influencent la collaboration des groupes professionnels et posent des défis particuliers ». Enfin, la communication joue un rôle dans la collaboration interprofessionnelle (ASSM, 2016, cité dans Confédération Suisse, 2017).

Pour finir, selon le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS) (2010) :

« La collaboration interprofessionnelle est le processus de développement et de maintien de relations de travail interprofessionnelles avec des apprenants et des professionnels, des personnes/patients ou des clients, la famille ou les proches et la communauté qui permettent l'atteinte de résultats optimaux en matière de santé et de services sociaux. Parmi les éléments de collaboration,

[les auteurs mentionnent] le respect, la confiance, la prise de décisions partagées et les partenariats. Pour que les équipes interprofessionnelles [...] puissent travailler en collaboration, l'intégration des domaines de compétence que sont la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté est soutenue par la communication interprofessionnelle [qui] repose sur la capacité des équipes de composer avec des points de vue conflictuels et d'atteindre des compromis raisonnables. » (Figure 1)

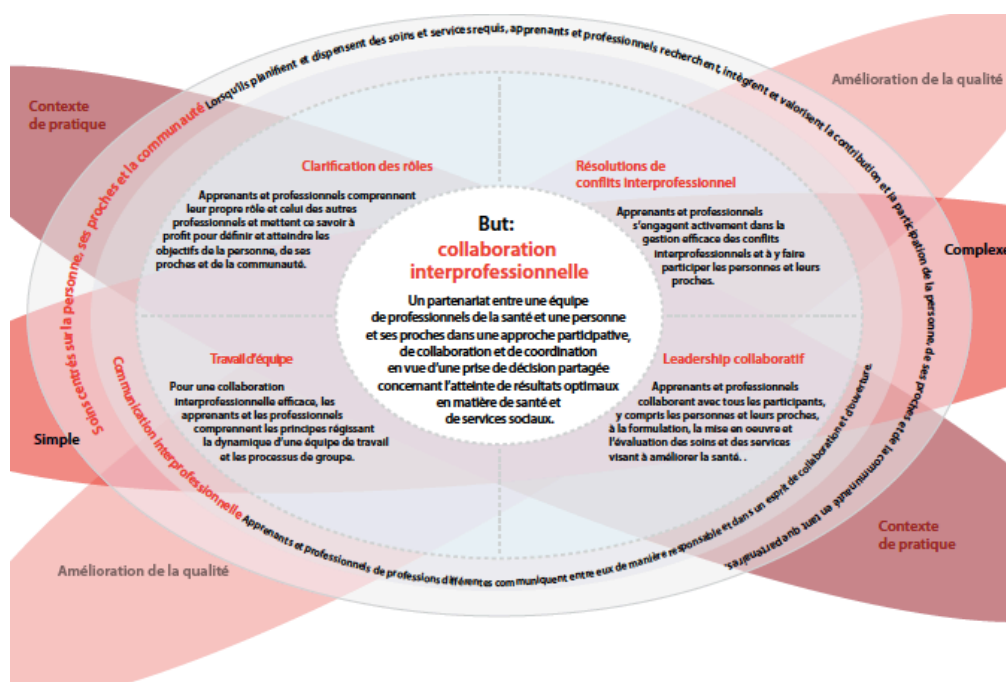


Figure 1: Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Des études ont démontré que la collaboration interprofessionnelle pouvait améliorer la qualité de la prise en charge (ASSM, n.d.). Ainsi, l'intégration des PA dans une équipe de soins est d'autant plus favorable.



## **Rétablissement**

A travers les écrits de Deegan (2002), le rétablissement est un processus de transformation par lequel l'ancienne personnalité se dissout et une nouvelle perception de soi-même prend forme. Le processus de rétablissement se définit comme un parcours autogéré de guérison, dont la nature met en évidence des suggestions fournies aux professionnels pour soutenir au mieux ce processus. Deegan (2002) fait cette définition selon sa propre expérience vécue du rétablissement. Elle met en évidence l'« avant-diagnostic » d'une maladie mentale et l'« après-diagnostic ». Ainsi les perceptions changent radicalement, il n'y a plus de cohérence entre la vision perçue de soi-même et la vision des autres. Elle propose, pour que le processus de rétablissement fonctionne, qu'il faut se construire sa propre identité en faisant abstraction de sa maladie. Selon Mead et Copeland (2000), l'ouverture des pouvoirs d'agir, les projets de vies basés sur les ressources existantes et la promotion d'un bien-être engendrent un processus de rétablissement. Le but n'est pas de combattre la maladie, mais de trouver un bien-être personnel en composant avec les symptômes. Deegan (2002) dit également qu'il n'y a pas de recette miracle au rétablissement et que les professionnels de la santé mentale doivent investiguer les ressources chez chaque personne et les mobiliser en se basant sur les stratégies qu'ils utilisent déjà en situation de détresse afin de servir au rétablissement.

Le processus du rétablissement peut être guidé par le Wellness Recovery Action Plan (WRAP), créé par Copeland, qui propose 8 étapes que les usagers peuvent suivre selon leur évolution (Evans, Salt, 2012) (appendice E). Pour finir, selon Auderset (communication personnelle [document PDF], 2014), il existe différents outils de mesure du rétablissement comme le Recovery Assessment

Scale (RAS), STages Of Recovery Instrument (STORI) et l'étoile du rétablissement (appendice E).

Pour conclure la définition de ce concept, Beetlestone, Loubières & Caria (2011) ont expliqué le concept de **rétablissement** avec l'aide de PA comme suit :

« Ces personnes rapportent toutes une expérience de la souffrance liée aux troubles psychiques et à leurs conséquences et se décrivent actuellement comme rétablies. Cette inscription dans un processus de rétablissement leur permet d'assurer un rôle de pair-aidant en apportant un soutien à des personnes vivant des difficultés similaires à celles qu'elles ont vécues [...] tout en s'associant à une perspective d'espoir et de développement des capacités et des ressources personnelles. »

Le processus de rétablissement englobe plusieurs concepts, comme l'empowerment, l'espoir, l'advocacy, le partenariat.

Selon Beetlestone, Loubières & Caria (2011), **l'empowerment** se définit comme le contrôle personnel et décisionnel d'un individu. Cela permet de renforcer la participation et la prise de décision des bénéficiaires de soins au niveau de leur thérapie et de leur vie quotidienne.

L'empowerment se compose de 3 éléments. Tout d'abord, l'empowerment individuel qui inclut l'espoir, le respect et le sentiment d'appartenance. Ensuite, l'empowerment organisationnel qui englobe le pouvoir de décision et l'information. Enfin, l'empowerment communautaire comprend le principe de collectivité afin de satisfaire les besoins personnels (Doumont, Aujoulat, 2002).

L'**espoir** est un concept qui guide la personne vers son avenir et qui permet d'aller au-delà de ses limites pour parvenir aux objectifs fixés. Il se définit comme personnel et ne répond pas à une logique précise, il donne un sens à l'existence et constitue une dimension importante qui influence les attitudes. Avoir de l'espoir est une condition nécessaire à la mise en place d'actions (Sarasy, dans Formarier & Jovic 2012, p.182-184). Deegan (2002) dit qu'il y a un espoir de rétablissement. Elle

s'appuie sur plusieurs études empiriques qui ont montré un rétablissement significatif ou complet et qui prouve que les patients ne devraient jamais perdre espoir.

L'**advocacy** est défini comme étant un devoir, des professionnels de la santé, de plaider les droits du patient et de permettre à ceux-ci d'exprimer leurs choix et leurs décisions (Debout, dans Formarier & Jovic 2012, p.53-56).

Le **partenariat** se définit par l'union des acteurs de santé (personne soignée, famille, professionnel) qui prennent les décisions de santé après concertations mutuelles dans le respect du projet de vie de la personne. Ces décisions peuvent évoluer selon les compétences et l'autodétermination de chacun (Teike-Lüthi & Gallant, dans Formarier & Jovic, 2012, p.234-235).

## Méthode

Ce chapitre a pour but de présenter toutes les étapes que les deux auteures de ce travail ont utilisées pour trouver les études scientifiques correspondant à la problématique de recherche. Parmi ces étapes, il y a le choix du devis et son argumentation ainsi que les étapes de réalisation lors de la sélection des articles scientifiques.

### **Argumentation et choix du devis**

Pour la réalisation de ce Bachelor Thesis en soins infirmiers, une revue de littérature a été conçue par les auteures. Ce devis a été imposé par la Haute Ecole de Santé Fribourg. Il permet de collecter et d'analyser les recherches déjà effectuées sur le sujet. Par la suite, ce devis permet de mettre en évidence les pratiques fondées sur les données probantes, puisqu'il résume les études et les différents résultats de manière objective (Fortin & Gagnon, 2016, p.78).

### **Les étapes de la réalisation**

Ce paragraphe décrit le déroulement que les auteures ont effectué pour élaborer cette revue de littérature.

### **Base de données et mots-clés/MeSH utilisés**

Des recherches ont été réalisées entre décembre 2017 et mai 2018 sur différentes bases de données scientifiques spécialisées en sciences médicales, infirmières et biomédicales telles que PubMed, Refmed et Cinhal. Cependant, tous les articles sélectionnés pour cette revue de littérature ont été trouvés sur PubMed. Pour trouver des articles en lien avec la problématique, plusieurs mots-clés, mots MeSH ont été utilisés (Tableau1).

<b>FRANCAIS</b>	<b>ANGLAIS/ MOTS CLES</b>	<b>MOTS MESH</b>
<b>pairs-aidants</b>	Peer-helper Peer worker Peer delivery service Peer support Consumer providers Peer specialist Peer providers	Peer group
<b>Obstacle</b>	Barrier Obstacle Difficulty challenges	Barrier
<b>Rétablissement</b>	Recovery mental rehabilitation	
<b>Service de santé mentale</b>	Mental health service Mental health	Mental health service
<b>Intégration</b>	Unification Integration introducing Incorporation Integrate implementation	
<b>Interprofessionnalité</b>	Interprofessional relations Interprofessional	

*Tableau 1: Mots-clés, mots MeSH*

### **Equations de recherches**

Différents mots-clés ont été associés afin de réduire, de spécifier le champ de recherche et de trouver les articles scientifiques qui répondent au mieux à la problématique.

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots-clés
<b>Equation de recherche</b>	((peer providers) AND mental health service[MeSH Terms]) AND integrate
<b>Filtres</b>	<10ans (2007-2017)
<b>Résultat</b>	3 articles dont 1 retenu
<b>Article sélectionné et retenu</b> <p>Gates, L. B., &amp; Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i>, 34(3), 293-306.</p>	

Tableau 2: Stratégie de recherche 1

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots-clés
<b>Equation de recherche</b>	((mental health service[MeSH Terms]) AND peer group[MeSH Terms]) AND integration
<b>Filtres</b>	<10ans
<b>Résultat</b>	12 articles dont 3 sélectionnés et 1 retenu
<b>Article sélectionné et retenu</b> <p>Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., &amp; Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. <i>Journal of Mental Health</i>, 25(1), 78-86.</p>	
<b>Articles sélectionnés et non retenus</b> <p>Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., &amp; Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. <i>International journal of nursing studies</i>, 60, 234-250.</p> <p>Kuhn, W., Bellinger, J., Stevens-Manser, S., &amp; Kaufman, L. (2015). Integration of peer specialists working in mental health service settings. <i>Community mental health journal</i>, 51(4), 453-458.</p>	

Tableau 3: Stratégie de recherche 2

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	mots-clés
<b>Equation de recherche</b>	((peer providers) AND mental health) AND interprofessional
<b>Filtres</b>	<10ans
<b>Résultat</b>	3 articles et 1 retenu
<b>Article sélectionné et retenu</b> Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. <i>Community mental health journal</i> , 52(7), 767-774.	

Tableau 4: Stratégie de recherche 3

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots-clés
<b>Equation de recherche</b>	((mental health service[MeSH Terms]) AND implementation) AND consumer providers
<b>Filtres</b>	<10ans
<b>Résultat</b>	23 articles dont 1 retenu
<b>Article sélectionné et retenu</b> Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. <i>The journal of behavioral health services &amp; research</i> , 42(1), 100-108.	

Tableau 5: Stratégie de recherche 4



<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots clés
<b>Equation de recherche</b>	((peer worker) AND introducing) AND mental health service[MeSH Terms]
<b>Filtres</b>	<10ans
<b>Résultat</b>	3 articles dont 2 sélectionnés et 1 retenu
<p><b>Article sélectionné et retenu</b></p> <p>Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... &amp; Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i>, 42(6), 682-694.</p> <p><b>Article sélectionné et non retenu</b></p> <p>Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., &amp; Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. <i>BMC health services Research</i>, 13(1), 188.</p>	

Tableau 6: Stratégie de recherche 5

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Termes MeSH et mots clés
<b>Equation de recherche</b>	((peer group[MeSH Terms]) AND challenge) AND mental rehabilitation
<b>Filtres</b>	<10ans
<b>Résultat</b>	2 articles dont 1 retenu
<p><b>Article sélectionné et retenu</b></p> <p>Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., &amp; Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. <i>Community mental health journal</i>, 49(3), 281-291.</p>	

Tableau 7: Stratégie de recherche 6

### **Critères d'inclusion et d'exclusion:**

Les critères d'inclusion et d'exclusion employés lors des recherches scientifiques sont nommés ci-dessous afin de cibler au mieux celles-ci. Les critères d'inclusion sont les suivants:

- Articles récents (< 10ans)
- Le titre comprend au minimum 1 mot-clé/mot MeSH
- Contexte de soins en santé mentale
- Article mentionnant l'intégration des PA

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Articles écrit en d'autres langues que l'anglais et le français

### **Stratégie de recherche**

Pour débiter, les mots-clés ont été assemblés selon les exemples ci-dessus dans les bases de données citées auparavant. 71 études ont été identifiées. Puis, une première sélection a été réalisée sur la base des critères d'exclusion et d'inclusion. Les auteures ont sélectionné neuf articles. Par la suite, une étude a été exclue car le devis ne répondait pas aux exigences, une autre car l'étude source ne répondait pas à la question de recherche. Au final, sept études ont été analysées à l'aide de grille de résumé et critique (appendice B). Une étude a été exclue car les résultats ne répondaient pas à la question de recherche. Ainsi, six études ont été incluses

dans cette revue de littérature.

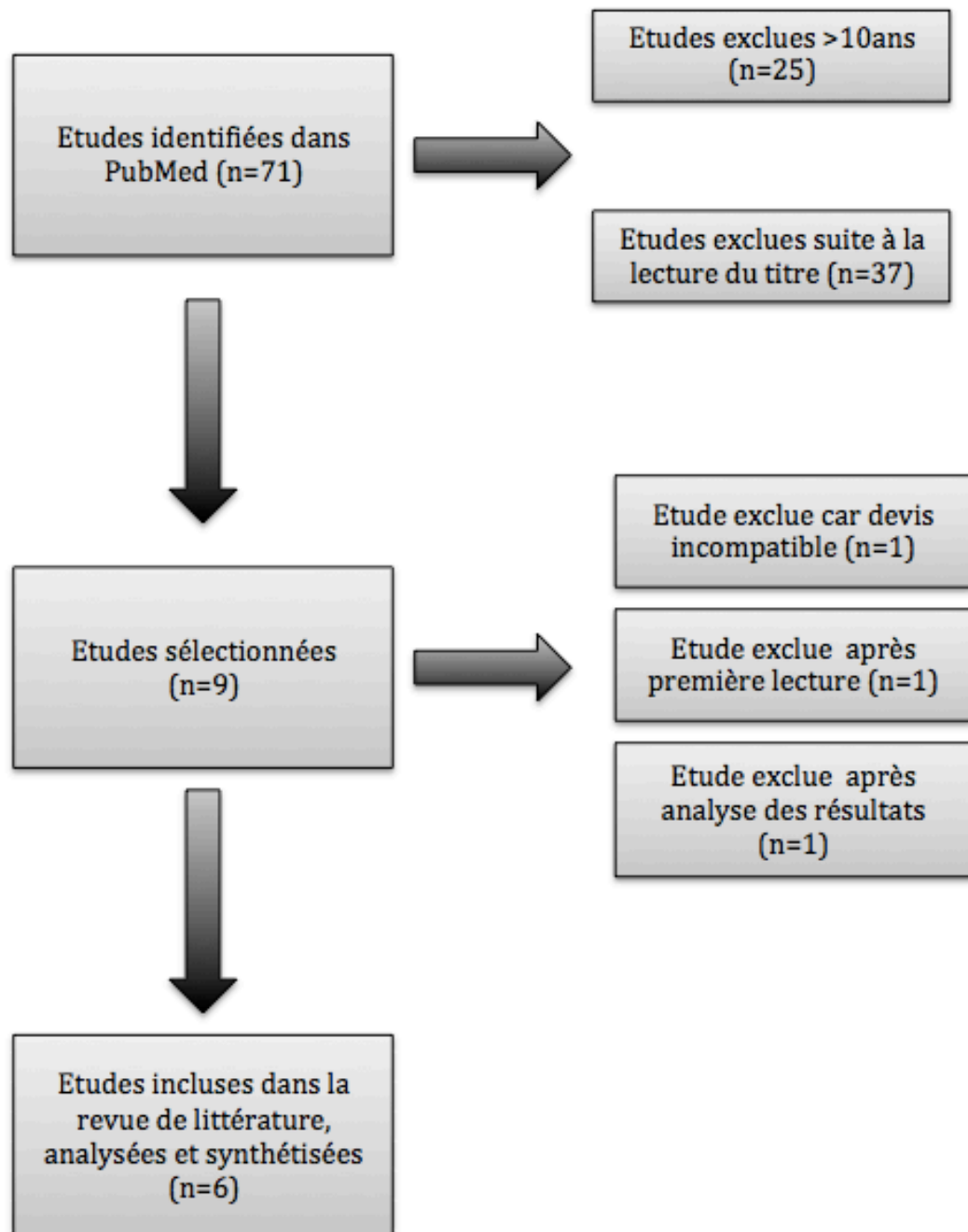


Figure 2: FlowChart, Diagramme de stratégie de recherche

## Résultats

Dans ce chapitre, les auteures de ce travail présentent les caractéristiques importantes des études sélectionnées ainsi que les principaux résultats répondant à la question de recherche.

### **Caractéristiques des études**

Dans ce travail, les auteures ont sélectionné des études ayant des caractéristiques diverses. Pour ce faire, elles ont réalisé un tableau récapitulatif afin de décrire ces différentes caractéristiques (appendice C).

Parmi les six articles scientifiques retenus, une étude est descriptive qualitative (Gates & Akabas, 2007), en raison du but de recherche qui est de décrire simplement le phénomène ainsi qu'en raison du recueil de données basé sur des entrevues et un focus groupe (Fortin & Gagnon, 2016, p.199). Deux études sont qualitatives de type phénoménologique (Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2015 ; Asad & Chreim, 2016) car leurs échantillons se situent entre dix et quinze personnes (Fortin & Gagnon, 2016, p.200). Une étude est qualitative de type étude de cas comparative (Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015) car elle essaie de comprendre une population cible (PA) dans différents contextes (Fortin & Gagnon, 2016, p.200). Puis, deux études ont un devis mixte séquentiel exploratoire (Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte, 2016 ; Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013). Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) disent avoir utilisé un devis mixte, cependant les auteures de ce travail ont dû déduire le côté quantitatif de cette étude. Elles supposent qu'il est issu du questionnaire d'auto-évaluation, en revanche aucun dire et/ou tableau n'est incorporé dans l'étude. En ce qui concerne l'étude de Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016), le devis mixte est bien explicité (questionnaire et focus groupe). Néanmoins, les auteures de ce travail

n'arrivent pas à interpréter les résultats quantitatifs de cette étude, en raison d'un tableau incohérent et peu argumenté dans l'écrit. Cette revue de littérature contient plutôt des études qualitatives car les auteures ont eu de la peine à trouver d'autres devis en raison de la nouveauté du thème en sciences infirmières et en raison d'études limitées dans ce domaine. Cette nouveauté implique que le sujet doit être compris et que des hypothèses doivent être développées avant d'utiliser des devis quantitatifs (Fortin & Gagnon, 2016, p.167).

Concernant les outils de récolte de données, Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) utilisent des interviews semi-structurées basées sur deux guides (rétablissement et histoire de vie) élaborés par les auteurs de cette étude et un questionnaire d'auto-évaluation. Dans l'étude de Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016), les outils utilisés sont un questionnaire réalisé sur les bases théoriques de Jacobson & al. (2012), des focus groupe et un questionnaire pour confirmer les résultats obtenus. Pour les études à devis qualitatifs, des entretiens individuels soit en tête-à-tête, soit par téléphone, des focus groupe et une recension de la documentation existante ont été effectués. Deux outils de récolte de données sont basés sur des théories telles que Simpson Transfert Model (STM), Diffusion of Innovation Théorie (DOI) (Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2015 ). Cependant, deux études qualitatives ne se sont pas basées sur des cadres théoriques pour effectuer leur récolte de données. Enfin, les auteures de cette revue ont du mal à définir les outils de récolte de données de l'étude de Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al. (2015) car il est écrit que des entrevues ont été utilisées, cependant, il est plutôt compris, par les auteures de cette revue, qu'il s'agit d'un questionnaire.

La population des études est diversifiée, trois études se focalisent uniquement sur les PA (Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte, 2016 ; Asad & Chreim, 2016 ; Moran,

Russinova, Gidugu & Gagne, 2013), deux se concentrent sur l'administration, l'équipe de soins, les PA et les patients recevant le service des PA (Gates & Akabas, 2007 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015), la dernière se préoccupe des PA, de l'équipe de soins et des patients (Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2015). Les échantillons varient entre douze et cent-huit participants. Les recherches se sont déroulées aux Etats-Unis, au Canada et en Angleterre. Deux études ne précisent pas le lieu. Cependant, les auteures peuvent déduire qu'une d'entre-elle se déroule aux Etats-Unis. Certaines études se concentrent sur plusieurs contextes à la fois tels que des services et organisations de santé mentale (n=4), un service de psychiatrie mobile (n=1), l'armée américaine (n=1), des institutions dirigées par les PA (n=2), et des services bénévoles (n=1). Les études sont diversifiées au niveau de la population, du lieu et des contextes et elles permettent aux auteures de cette revue une vision plus élargie de la problématique.

Toutes les études sélectionnées ont pour thématique l'intégration des PA. Certaines s'orientent sur les stratégies à l'intégration (n=1), d'autres sur le rôle, défis et/ou avantages (n=4), et une dernière sur l'intégration des PA à l'aide d'un projet (n=1). Cette thématique étant l'élément principal de cette recherche, les auteures ont trouvé judicieux d'utiliser ces études dans leur travail. La plupart des études retenues semblent être, pour les auteures, d'une qualité scientifique suffisante. Néanmoins, certaines limites ont été évoquées et argumentées en annexe (appendice C). Enfin, cinq des études ont été approuvées par différents comités d'éthiques.

### Catégorisation des résultats

Suite à l'analyse des six études, les principaux résultats ressortis ont été regroupés et catégorisés par thèmes et sous-thèmes (Figure 3).

		Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007).	Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016).	Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015).	Asad, S., & Chreim, S. (2016).	Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013).	Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... & Stamou, E. (2015).
1. Rôles du PA	Limites personnelles VS professionnelles	X	X		X	X	X
	Reconnaissance de l'identité professionnelle des PA	X	X	X	X	X	X
	Compréhension de l'équipe interprofessionnelle	X			X	X	X
	Formation des PA	X	X	X	X	X	X
2. Fonctionnement au sein de l'établissement		X		X		X	X
3. Acceptation par le grand public		X	X		X		

Figure 3: Catégorisation des résultats

Pour faciliter la catégorisation des résultats, les auteures ont réalisé un tableau regroupant les principaux résultats et verbatims de chaque article (appendice D).

### Rôle du PA

Tous les articles sélectionnés (n=6) font part de l'importance des rôles du PA dans l'intégration au sein des équipes interprofessionnelles, à travers différentes thématiques telles que : limites personnelles versus professionnelles (n=5), reconnaissance de l'identité professionnelle des PA (n=6), compréhension de l'équipe interprofessionnelle (n=4), formation des PA (n=6).

#### Limites personnelles versus professionnelles

Quatre études suggèrent que les frontières entre la relation des PA avec les bénéficiaires sont difficiles à établir. Ils se demandent: où est la limite entre bénéficiaire/prestataire de soins et ami (Gates & Akabas, 2007 ; Rebeiro Gruhl,



LaCarte & Calixte, 2016 ; Asad & Chreim, 2016 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015) ? De ce fait, les équipes de soins peuvent percevoir la relation PA-bénéficiaire comme non professionnelle. De plus, l'étude de cas comparative de Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al. (2015) indique que la gestion des frontières personnelles et professionnelles est ressortie comme étant importante, cependant, ces frontières ne sont pas identiques dans tous les contextes de soins.

Deux articles semblent indiquer des obstacles au niveau de la divulgation du vécu des PA à l'équipe et des dires du patients à l'équipe (Gates & Akabas, 2007 ; Asad & Chreim, 2016). Dans un premier temps, la difficulté rencontrée par les PA est de donner la quantité adéquate d'information sur leur expérience de la maladie à l'équipe de soins afin qu'ils les considèrent comme collègues et non comme bénéficiaires de soins. Dans un deuxième temps, le challenge pour les PA est de donner les informations utiles, reçues par les bénéficiaires, auprès de l'équipe soignante, sans mettre en péril la relation PA-bénéficiaires.

Un obstacle à l'intégration des PA dans les équipes de soins est le risque d'épuisement, de stress et de burn-out dû principalement à l'absence de limites claires du rôle de PA. Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016) tendent à prouver que les limites floues augmentent le risque d'épuisement des PA. De plus, Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) suggèrent que la surcharge émotionnelle peut être due à l'écoute d'expériences similaires à celles du PA. Ceci pourrait engendrer un stress et/ou une récurrence des symptômes. Un participant de cette étude a déclaré avoir eu des hallucinations à la suite d'une charge de travail excessive.

### **Reconnaissance de l'identité des PA**

Un obstacle suggéré par cinq études repose sur une définition des tâches absentes ou vagues (Gates & Akabas, 2007 ; Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte, 2016 ; Asad & Chreim, 2016 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015 ; Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013). Cela peut engendrer des conflits de rôles et, selon Gates & Akabas (2007), une dégradation des PA et du personnel non-PA à communiquer et travailler ensemble. De plus, dans l'article de Asad & Chreim (2016), les auteures ont pu relever que même les PA n'arrivent pas à définir leurs rôles spécifiques. Enfin, deux articles font part que les PA se voient attribuer des tâches non liées à leurs rôles, ce qui peut impliquer un sentiment d'incertitude (Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015 ; Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013).

Les articles de Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016) et de Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) abordent le thème de la valorisation sous deux angles distincts. Le premier suggère que la valorisation de l'emploi n'est pas adéquate, en raison du bénévolat qui peut refléter un manque d'acceptation et un obstacle à l'intégration dans la société actuelle où les diplômes sur le savoir sont davantage reconnus que ceux basés sur l'expérience vécue. Le second article ressort plus le ressenti des PA. Ils se sentent mal à l'aise de porter une étiquette et ainsi d'être enfermés dans un moule et estiment que leur position n'est pas valorisée par leurs employeurs et leurs collègues.

Deux études interprètent que le financement peut être un obstacle à l'intégration des PA au sein des équipes interprofessionnelles. En effet, Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young (2015) n'ont pas pu pérenniser l'intégration des PA dans les équipes de soins au-delà de leur étude dû à un financement limité. D'un autre côté, Asad & Chreim (2016) ressortent que 50% des PA (n=6) interrogés disent

recevoir un salaire insuffisant. Ainsi, pour cet échantillon, la rémunération n'est pas considérée comme étant en corrélation avec la légitimité de la profession.

### **Compréhension de l'équipe interprofessionnelle**

Les auteures de cette revue de littérature ont ressorti, à travers quatre articles, un manque de compréhension de la part de l'équipe interprofessionnelle qui se traduirait, dans un premier, par un manque d'éducation de celle-ci (Gates & Akabas, 2007 ; Asad & Chreim, 2016 ; Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015). En effet, Gates & Akabas (2007) font ressortir le fait que les équipes de soin ne sont pas préparées et/ou formées à l'inclusion d'un PA. Pour corroborer ces dires, Asad & Chreim (2016) émettent l'hypothèse que les PA se sentent incompris et doivent constamment justifier leurs rôles auprès des équipes qui, elles, considèrent le temps passé par les PA avec les bénéficiaires de soins comme non essentiel. De plus, Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al. (2015) ont relevé dans leur étude que la faible sensibilisation des équipes aux rôles de PA ne permettrait pas un soutien optimal des PA par celles-ci. Dans un second temps, la stigmatisation vécue par les PA influencerait la compréhension des équipes interprofessionnelles. En effet, les résultats de l'étude de Gates & Akabas (2007) supposent que le fait d'être ou d'avoir été malade engendre une incapacité de fournir un travail efficace à 100%. De plus, la stigmatisation perçue peut être le résultat d'un manque de formation et peut poser des difficultés dans la relation avec l'équipe soignante (Asad & Chreim, 2016). Enfin, les participants de l'étude de Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) ont l'impression qu'un comportement négatif, de la part des professionnels de soins, leur est adressé vis-à-vis de leur diagnostic.

Deux études ont supposé qu'un manque d'informations sur les rôles des PA laisse croire aux équipes soignantes qu'elles vont prendre leur place et ceci engendre de l'inquiétude et de l'insécurité auprès de celles-ci (Gates & Akabas, 2007 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al., 2015).

### **Formation des PA**

Un article évoque un défi particulier à l'intégration des PA qui est la disparité des formations pourvues (Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013). Cette constatation peut corroborer le besoin et/ou le manque de formation évoqué par les PA dans d'autres articles (n=3). Les résultats des études de Gates & Akabas (2007), Asad & Chreim (2016) et Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) laissent penser que le besoin de formation sur divers plans est nécessaire. Il serait judicieux d'aborder des thématiques telles que le langage professionnel, afin d'améliorer les relations entre prestataires de soins, la confidentialité, les structures de travail, les politiques et pratiques en milieu de travail ainsi que des connaissances plus approfondies sur les maladies psychiques. Cependant, certains participants de l'étude de Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016) déclarent avoir peur d'une surqualification et ainsi masquer la valeur ajoutée de leur savoir expérientiel.

Un autre obstacle à l'intégration des PA supposé dans les résultats est l'absence de norme professionnelle. En effet, les participants de l'étude de Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) se plaignent de l'absence de normes professionnelles ; ce qui engendre une mauvaise réputation. Ceci est également supposé dans l'article d'Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2015 qui émet l'hypothèse d'une connaissance insuffisante de la part des PA du comportement et des normes au travail. Cependant, selon l'étude de Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron

& al. (2015), le professionnalisme est considéré comme important dans tous les contextes de soins, mais est défini de manières diverses.

### **Fonctionnement au sein de l'établissement**

Pour les auteures de cette revue de littérature, deux thématiques principales sont supposées après lecture des études. La première étant le manque de ressources efficaces mises à disposition des PA au sein des établissements. Quatre études peuvent confirmer cette constatation (Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013 ; Gates & Akabas, 2007 ; Gillard, Holley, Gibson, Larsen, Lucock, Obron & al, 2015 ; Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young, 2015). En effet, les résultats de ces études démontrent des ressources existantes comme la supervision, le dossier informatisé ou encore le dossier médical. Cependant, les PA supposent n'avoir pas un accès adéquat à celles-ci. L'étude de Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013) émet l'hypothèse que parfois il est difficile pour le PA de prendre le rôle de pionnier et de promouvoir son statut car il est seul dans l'institution. La deuxième thématique étant un manque de possibilité d'investissement de la part des PA, au sein des institutions, en raison du taux de travail des PA. En effet, les résultats de l'étude de Gates & Akabas (2007) semblent indiquer que les PA occupent souvent des postes à temps partiels. Ceci engendre, de la part des PA, moins de possibilité de participer à la vie active de l'institution comme les réunions et/ou événements sociaux. Enfin, dans l'étude de Moran, Russinova, Gidugu & Gagne (2013), une troisième thématique peut ressortir. Certains participants de cette étude se disent étonnés que le rétablissement ne soit pas une approche utilisée dans tout le système de soins conventionnels.

**Acceptation par le grand public**

Etant une profession récente, les bénéficiaires de soins en psychiatrie n'ont que peu reçu d'informations sur l'utilité et sur les rôles des PA (Gates & Akabas, 2007). Ceci est un défi à l'intégration des PA dans les équipes.

Selon l'étude de Rebeiro Gruhl, LaCarte & Calixte (2016), les PA se soucient de l'acceptation par le grand public. Ceci est corroboré par l'étude d'Asad & Chreim (2016) qui relève l'importance de l'image renvoyée par les PA auprès des bénéficiaires de soins et de leurs familles.

## Discussion

Dans cette discussion, les auteures ont pour but de répondre à la question de recherche. Les résultats présentés dans le chapitre précédent sont interprétés en lien avec la question de recherche et les cadres de références. De plus, les auteures exposent différentes implications pour la pratique, la recherche et la formation. Enfin, les forces et les limites de ce travail de bachelor sont explicitées.

### **Interprétation des résultats**

#### **Liens avec la question de recherche**

Dans les résultats énoncés, le plus important, pour les auteures de cette revue de littérature, est une définition floue des rôles propres du PA. Cependant, comme le disent Repper & Carter (2011), dans leur revue de littérature, le soutien proposé par les PA est différent de celui fourni par les équipes de soins car il est fondé sur le savoir expérientiel plutôt que le savoir professionnel. Ils permettent des relations jugées égalitaires et plus intenses. A travers les résultats recensés, les auteures ont mis en évidence la problématique des limites. Dans un premier temps, les limites de la fonction et de la responsabilité des PA ne sont pas encore suffisamment définies (Confédération Suisse, 2017). Dans un second temps, Repper & Carter (2011) démontrent aussi la difficulté à établir, pour les PA, une relation professionnelle et non amicale avec le patient. Cette affirmation ressort à plusieurs reprises dans les articles analysés pour cette revue de littérature. Les auteures de ce travail mettent en évidence la difficulté des PA à construire leur propre identité professionnelle car ils sont les pionniers d'une nouvelle profession en essor (Hartmann, dans Graap-Fondation 2014). Comme le démontre Hartmann et Broers (2011) au travers d'une étude, l'intégration des PA au sein des équipes interprofessionnelles ajoute un « plus » dans la prise en charge des bénéficiaires de soins et pourrait permettre de



favoriser leur rétablissement. Cependant, il est important de développer davantage les rôles, la formation ainsi que la supervision. En effet, les résultats de ce travail démontrent un manque de formation/information de la part des équipes soignantes. Selon Provencher, Gagné, Legris, Harvey & Lagueux (2012), il est primordial de bien préparer les équipes interprofessionnelles à l'implantation de PA, en définissant clairement les rôles de ceux-ci afin de faciliter leur intégration. Davidson, Bellamy, Guy & Miller (2012) proposent une stratégie pour intégrer les PA dans les équipes de soins qui serait la mise en place d'une formation orientée sur les compétences et les tâches spécifiques du PA. Ainsi, cette stratégie corrobore le résultat suggéré dans ce travail qui est le manque de formation des PA.

Dans ce travail, les auteures ont pu ressortir qu'au sein des établissements de soins, les ressources sont pour la plupart existantes. Cependant, elles sont mises à disposition de manière inadéquate. La revue de littérature de Vanderwalle, Debyser, Beeckmann, Vandecasteele, Van Hecke & Verhaeghe (2016) renforce ces résultats, en démontrant qu'une supervision insuffisante affecte le bien-être du PA quand celui-ci n'a pas ou peu d'occasions de partager ses ressentis avec l'équipe de soins. De plus, le manque de ressources se traduit par un salaire rudimentaire, un espace de travail minimaliste ainsi qu'un accès limité aux dossiers des patients. Toutes ces raisons péjorent les conditions de travail des PA. Les auteures de ce travail ont remarqué qu'en raison d'une majorité d'embauche à temps partiel, les PA manquent de possibilité d'investissement au sein des établissements. L'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale (AQRP) (n.d.) dit : « Il faut à la fois sensibiliser et former les milieux d'accueil de ces futurs intervenants [PA], revoir les structures organisationnelles, les politiques de gestion, la culture et les pratiques de l'organisation [...] ». De plus, au sein des équipes, il faut motiver les PA et le personnel soignant à interagir lors des réunions.

Les auteures de cette revue de littérature supposent que l'acceptation du grand public est un point essentiel à l'intégration au sein des équipes interprofessionnelles. Cependant, les études sélectionnées ne démontrent pas spécifiquement que c'est un obstacle à l'intégration.

La question de recherche était la suivante : Quels sont les obstacles à l'intégration des pairs-aidants au sein de la collaboration interprofessionnelle pour favoriser l'accompagnement des patients souffrant de troubles psychiques? Suite à la réalisation de cette revue de littérature, les auteures réalisent que l'obstacle principal est le manque de clarté au niveau des rôles de PA qui englobe les limites personnelles versus professionnelles, la reconnaissance de l'identité professionnelle du PA, la compréhension de l'équipe interprofessionnelle et la formation des PA. Cependant, les auteures ont aussi relevé d'autres obstacles comme le fonctionnement au sein des établissements et l'acceptation du grand public. Ces derniers sont aussi à prendre en compte pour améliorer l'intégration des PA au sein d'une collaboration interprofessionnelle.

### **Regard critique avec les cadres de références**

Selon l'ASSM, les quatre points clés de la collaboration interprofessionnelle sont le cadre de soins, la définition des rôles, le leadership collaboratif et la communication. De ce fait, les auteures de ce travail ont pu relevé dans leurs résultats des obstacles à une collaboration optimale. Comme cité ci-dessus, un des points clés de la collaboration interprofessionnelle est la clarification des rôles. En effet, plusieurs études analysées ont démontré un cahier des charges flou, ce qui empêche une bonne vision des rôles (Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013 ; Gates & Akabas, 2007). De plus, Vanderwalle, Debyser, Beeckmann,

Vandercasteele, Van Hecke & Verhaeghe (2016) supposent que les obstacles à la collaboration sont souvent liés à l'imprécision du rôle du PA et à une responsabilité démesurée. Les auteures ont constaté que, pour qu'une collaboration interprofessionnelle soit optimale, chaque intervenant doit connaître son cahier des charges ainsi que celui des autres partenaires de soins afin de mettre les compétences de chacun au profit du bénéficiaire de soins. Dans cette revue, la problématique du cahier des charges flou revient dans cinq études analysées. Ainsi, les auteures déduisent qu'il y a une difficulté à instaurer une collaboration interprofessionnelle idéale. Par ailleurs, D'Amour, Sicotte & Lévy (1999) démontrent l'importance d'un partage de connaissances et d'expériences au sein de la collaboration interprofessionnelle. Dans les résultats de cette revue, les auteures remarquent des difficultés de partage de cette expertise car les PA ont peur d'être stigmatisés par rapport à leur vécu.

Une bonne communication permet un travail d'équipe efficace. Selon CPIS (2010), le travail d'équipe est essentiel à une collaboration interprofessionnelle, il repose sur une communication basée sur l'habileté des intervenants à faire avec des points de vues divergents et arriver à une décision commune. Cependant, dans cette revue de littérature, le manque de clarification des rôles va impliquer une dégradation de la communication et du travail d'équipe. De plus, comme peuvent le souligner Vanderwalle, Debyser, Beeckmann, Vandercasteele, Van Hecke & Verhaeghe (2016) :

« Les pairs-travailleurs signalent également des difficultés de communication au cours des réunions d'équipe. Ces défis comprennent les luttes de pouvoir avec les professionnels, le fait de se sentir mal à l'aise avec la prise de parole en public et le peu de compréhension de la terminologie clinique ».

Les résultats de cette revue démontrent un besoin des PA d'être formés dans le vocabulaire professionnel afin de pouvoir communiquer sur un pied d'égalité avec

les différents intervenants au sein de la collaboration interprofessionnelle et de pouvoir être compris. Par ailleurs, la difficulté ressentie par les PA à exercer leur leadership collaboratif est due au fait qu'ils n'ont pas ou peu accès aux dossiers des patients et aux réunions d'équipes. Ceci engendre des prises de décisions sans l'accord de tous les intervenants (Gates & Akabas, 2007).

Concernant les cadres de soins, l'utilité des PA et le manque de valorisation de leurs rôles par les institutions ne favorisent pas une collaboration judicieuse. En effet, dans la théorie de la collaboration interprofessionnelle, l'ASSM (2016, cité dans Confédération Suisse, 2017) explique que les établissements sont influencés par le fonctionnement des structures déjà existantes et par le financement limité. De ce fait, intégrer un nouveau partenaire au sein de la collaboration interprofessionnelle peut engendrer des obstacles financiers. Comme le démontre l'étude de Hamilton, Chinman, Cohen, Oberman & Young (2015), l'implémentation de PA au sein des institutions est impossible sur le long terme en raison d'un manque de financement.

Après les nombreux obstacles explicités, les auteures se rendent compte que la collaboration interprofessionnelle pourrait être plus optimale si l'intégration des PA au sein des équipes était mieux réalisée. En effet, selon Asad & Chreim (2016), les fréquentes interactions des PA avec les équipes ainsi qu'une éducation de celles-ci aident à la compréhension des rôles du PA. Les auteures de cette revue en déduisent qu'une meilleure communication et une clarification des rôles au sein des équipes, deux points culminants de la collaboration interprofessionnelle, augmentent l'efficacité de celle-ci. Un autre point d'amélioration concerne le cadre de soin. Ceci consiste à la normalisation de l'organisation au sein des établissements ainsi qu'à l'adaptation de l'environnement à l'intégration d'un nouveau partenaire de soins.

Les auteures de cette revue ne peuvent faire que peu de comparaisons entre le rétablissement et les obstacles à l'intégration des PA, relevés dans les résultats. Néanmoins, elles émettent l'hypothèse qu'en favorisant l'intégration des PA dans les services de santé mentale, une nouvelle approche du rétablissement peut émerger en psychiatrie. Cette hypothèse peut être expliquée par l'intérêt, retrouvé dans la majorité des articles analysés, concernant l'approche du rétablissement. En effet, les articles de cette revue démontrent à plusieurs reprises que l'intégration des PA favoriserait le rétablissement des bénéficiaires de soins. Selon Hartmann et Broers (2011), l'idée reçue qu'une maladie psychique est grave et incurable est erronée, le rétablissement est possible. Grâce à l'intervention des PA, les possibilités de rétablissement s'élargissent. Comme le décrit le cadre théorique de ce travail, l'empowerment, l'espoir, le rôle d'advocacy et le partenariat sont des concepts qui font partie intégrante du rétablissement. En effet, les PA peuvent être perçus comme un exemple auprès des usagers des services de santé mentale et donner de l'espoir en apportant un soutien. Et ainsi, aider les usagers à adopter un positionnement et une prise de décision en partenariat avec les PA et l'équipe de soin (Favrod, McCluskey, Nguyen, 2016). De plus, à travers une démarche de rétablissement, les PA donnent accès à un empowerment individuel et favorisent le bien-être des bénéficiaires de soins (Roucou, 2008). Les PA guident les professionnels sur une conception du traitement axée sur le rétablissement et non uniquement sur la gestion des symptômes. Cependant, une difficulté à l'intégration des PA, relevée dans les résultats, est que la philosophie de soins n'est pas toujours axée sur le rétablissement. De ce fait, les établissements n'arrivent pas à justifier l'utilité d'un service par les PA (Moran, Russinova, Gidugu & Gagne, 2013 ; Vanderwalle, Debyser, Beeckmann, Vandecasteele, Van Hecke & Verhaeghe, 2016).

Après réflexion, les auteures se rendent compte que les PA apportent une diversification de la prise en soins en psychiatrie. Elles réalisent l'importance de la théorie du rétablissement dans une prise en charge infirmière. En effet, la vision du rétablissement encourage une attitude positive face à la maladie et permet une mise en place facilitée de stratégies pour améliorer le bien-être des bénéficiaires de soins. Néanmoins, les auteures pensent qu'il est difficile de promouvoir, au sein de tous les établissements, cette philosophie de soins. D'un côté, les équipes de soins auraient peur de perdre leurs repères, ce qui engendrerait un changement d'habitudes et une instabilité. D'un autre côté, cela demanderait aux établissements un investissement et des moyens conséquents pour mettre en place cette nouvelle approche tel qu'une formation de tout le personnel soignant. Ceci demande, de la part des institutions, un apport financier important et du temps.

### **Recommandations pour la recherche, la pratique, la formation**

#### **La recherche**

Peu de recherches ont été effectuées concernant l'intégration des PA au sein des équipes soignantes. Néanmoins, les recherches sélectionnées démontrent majoritairement les mêmes obstacles. Les auteures de cette revue de littérature trouvent nécessaire de continuer les recherches sur ce thème en utilisant d'autres devis de recherches (plutôt quantitatif) afin de cibler plus précisément ces difficultés. Et par la suite pouvoir trouver des stratégies efficaces pour intégrer les PA au sein des équipes.

## **La pratique**

En tant que futures infirmières HES, les auteures prennent conscience de l'importance de l'intégration d'un nouveau collaborateur au sein d'une équipe de soins afin de favoriser une collaboration interprofessionnelle efficace. Pour ce faire, il est primordial que les infirmiers soient informés des rôles des PA mais également des facteurs influençant les enjeux de la collaboration interprofessionnelle, pour faciliter leur intégration. Enfin, la curiosité que peut engendrer cette nouvelle approche permet aux auteures et futures infirmières un élargissement des connaissances, ainsi qu'une remise en question sur l'efficacité des pratiques professionnelles traditionnelles. Le message que les auteures veulent faire passer est qu'il est important de ne pas rester sur ses acquis mais d'évoluer avec les pratiques actuelles.

## **La formation**

Afin de mettre en lumière les services offerts et les rôles des PA, les auteures de cette revue de littérature suggèrent la mise en place d'interventions occasionnelles de PA lors des modules de psychiatrie au sein de la Haute Ecole de Santé Fribourg. Cette initiative permettrait dans un premier temps de sensibiliser les étudiants à une nouvelle approche en essor dans le domaine de la psychiatrie et ainsi la promouvoir. Dans un second temps, ces interventions pourraient être l'occasion d'une initiation à une collaboration interprofessionnelle.

## **Forces et limites**

Cette revue de littérature comprend un certain nombre de forces et de limites. Dans un premier temps, concernant les forces, les auteures veulent

souligner le fait que les résultats ont été étayés par deux revues de littérature lors de la discussion (Vanderwalle, Debyser, Beeckmann, Vandecasteele, Van Hecke & Verhaeghe, 2016 ; Repper & Carter, 2011). Les articles présents dans ce travail datent de moins de 10 ans, ce qui permet d'avoir des résultats actuels. Une des études présentes dans cette revue est sortie en 2007 (Gates & Akabas, 2007). Cependant, les auteures l'ont trouvée dans le courant du mois de décembre 2017. Cette étude est toujours d'actualité car les auteures ont pu remarquer que les obstacles qu'elle met en évidence ressortent dans toutes les autres études de ce travail. Les articles analysés répondent à la question de recherche et ont, pour la majorité, un devis qualitatif ce qui permet de recueillir les perceptions des participants et permet une identification idéale des obstacles.

Dans un deuxième temps, à propos des limites, les auteures veulent rendre les lecteurs attentifs sur le fait que c'est la première fois qu'elles réalisent ce type de travail de recherche et que des erreurs méthodologiques peuvent être présentes. Tous les articles sélectionnés sont en anglais ce qui a engendré quelques difficultés dans la compréhension, certaines subtilités des articles ont pu échapper aux auteures. De plus, certaines structures d'articles de recherches ne permettent pas, dans un premier temps, une interprétation optimale du contenu. Cette revue de littérature est non-systématique ce qui implique une petite sélection d'articles et des résultats difficilement généralisables. Au vu de la nouveauté du sujet, beaucoup d'articles qualitatifs et parfois mixtes ont été trouvés mais très peu de quantitatifs. Ceci engendre une interprétation approximative des résultats et aucune certitude au niveau statistique. Enfin, les auteures n'ont malheureusement pas eu l'occasion d'étayer leurs résultats au travers d'échange avec des PA, ce qui aurait pu apporter une rigueur scientifique supplémentaire.



## Conclusion

En conclusion, ce travail de Bachelor a pour but de mettre en évidence les obstacles d'une intégration optimale des PA au sein des équipes de soins en santé mentale. Selon les auteures, ces obstacles sont multiples et souvent similaires d'une étude à l'autre ce qui a permis de les regrouper en différentes catégories, en tenant compte des cadres théoriques utilisés. Cette revue de littérature a permis de mettre en lumière trois catégories d'obstacles dont la plus importante est la définition floue des rôles du PA. Tous les obstacles relevés semblent pertinents et permettent d'orienter les sciences infirmières sur des futures stratégies d'interventions. Pour les auteures, les PA sont une source favorable au rétablissement des usagers de psychiatrie. C'est pour cela qu'une intégration optimale dans les services est recommandée. Enfin, comme le disent Le Cardinal, Roelandt, Rafael, Vasseur-Bacle, François & Marsili (2013) : « Il ne s'agit donc en aucun cas de « remplacer » le rôle primordial des infirmiers ou des psychologues dans les équipes de psychiatrie ». Néanmoins, les PA apportent une innovation dans la prise en charge psychiatrique.

Dans la pratique professionnelle, en milieu psychiatrique, la sensibilisation des équipes soignantes à l'approche du rétablissement et la collaboration interprofessionnelle est primordiale afin d'optimiser l'intégration d'un nouvel acteur au sein de l'équipe. En ce qui concerne la pratique professionnelle des auteures, ce travail a permis d'approfondir deux cadres de références qui sont transférables dans tous les milieux de soins. Ce qui permet aux auteures d'être mieux équipées pour leur propre intégration, en tant que futures professionnelles, dans les équipes et de favoriser l'intégration des nouveaux acteurs.

Ce travail d'initiation à la recherche a permis aux auteures de développer des compétences au niveau de la méthodologie de recherche. La réalisation de ce travail de Bachelor a permis aux auteures d'étoffer leur esprit critique. Les aptitudes

développées au cours de ce processus seront utiles tout au long de la carrière professionnelle des auteures afin de dispenser des soins de qualité basés sur un niveau de preuve scientifique.

## Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales, (n.d.), *Interprofessionnalité*. Repéré à : <https://www.samw.ch/fr/Projets/Interprofessionnalite.html>
- Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale. (n.d.). *Rôle des gestionnaires et formation des milieux*. Repéré à: <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2016/02/role-des-gestionnaire.pdf#page=1&zoom=82>
- Beetlestone, E., Loubières, C., & Caria, A. (2011). Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. *Santé publique*, 23(HS), 141-153.
- Confédération Suisse. (2017, 14 septembre). « *Pairs praticiens en santé mentale* », ou lorsque le patient devient soignant. Repéré à: <https://www.edi.admin.ch/edi/fr/home/fachstellen/bfeh/themes-de-l-eegalite/travail/du-cote-des-projets/pairsaidants.html>
- Confédération Suisse-DFI/OFSP, (2017), *Programme de promotion interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020*, Repéré à <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, (2010), *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Repéré à: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies-FrR\\_Sep710.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128.
- Deegan, P. E. (2002). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 5-21.
- Doumont, D., & Aujoulat, I. (2002). L'empowerment et l'éducation du patient. Série de dossiers techniques, Réf, 02-18.
- Jouet, E. & Greacen, T. (2012). *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: Rétablissement, inclusion sociale, empowerment*. Toulouse, France: ERES.
- Favrod J. McCluckey, I., Nguyen, A. (2016). Un pair praticien en santé mentale dans un laboratoire d'enseignement et de recherche. Journal-la Source, Janvier 2016, Repéré à <http://reseau.re-pairs.ch/wp-content/uploads/2016/06/Journal-La-Source-01.16.pdf>
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2<sup>ème</sup> édition*. Toulouse, France: Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du Processus de Recherche: Méthodes Quantitatives et Qualitatives: 3<sup>ème</sup> édition* Montréal, Québec: Cheneliere.
- Graap-fondation. (2014). Pair praticien en santé mental : Un nouveau métier [dossier]. *Diagonale*, 101, 3-9.
- Godrie, B. (à paraître). « Les pratiques cliniques à la croisée des savoirs expérimentiels et professionnels. Le cas des pairs aidants en santé mentale », dans Morin P. et S. Carrier (dir.). *Au-delà de la maladie et des problèmes psychosociaux : co-production, valorisation des savoirs expérimentiels et évaluation de la différence*, Sherbrooke : Presses de l'Université du Québec. Repéré à: [https://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2017/03/Chapitre\\_Godrie\\_2016\\_Morin.pdf](https://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2017/03/Chapitre_Godrie_2016_Morin.pdf)
- Hartmann, E., & Broers, B. (2011). Des pairs aidants dans le domaine de la santé mentale en Suisse romande?. *Dépendances*, n°45, p.10-11.
- Jacobson N, Trojanowski L, Dewa C. (2012). What do peer supportworkers do? A job description. *BMC Health Serv Res*, 12, 205.
- Le Cardinal, P., Davidson, L., Finkelstein, C., Roelandt, J.-I., Daumerie, N., Greacen, T., ..., Payan, N., (2010), Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins. *Pluriels*, n°85. Repéré à: [http://ancien.serpsy.org/actualites\\_2012/revue-pluriels-490.pdf](http://ancien.serpsy.org/actualites_2012/revue-pluriels-490.pdf)
- Le Cardinal, P., Roelandt, J. L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance: historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370.
- Mccluskey, I. (2016). Pair praticien en santé mentale. L'émergence d'une nouvelle profession. *Dépendances*, (57), 17-19.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community mental health journal*, 36(3), 315-328.
- Provencher, H., Gagné, C., Legris, L., Harvey, D., & Lagueux, N. (2012). L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: Points de vue de divers acteurs. Québec: Université Laval.
- 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.
- Roelandt, J.-L., Staedel, B., Rafael, F., Marsili, M., François, G., Le Cardinal, P., Desmons, P. (2015). Programme médiateurs de santé/pairs, rapport final de l'expérimentation 2010-2014. Repéré à: [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPP%20FINAL\\_19\\_01\\_2015.pdf](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPP%20FINAL_19_01_2015.pdf)

- Roucou, S. (2008). Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les «pairs-aidants»... Comment faire d'une «fragilité» un atout pour mieux rebondir. *L'information psychiatrique*, 84(10), 913-921.
- Sacco, F. (2014, 25 octobre). Des ex-patients qui deviennent soignants. Repéré à <https://www.letemps.ch/suisse/2014/10/25/ex-patients-deviennent-soignants>
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). La santé psychique en Suisse | OBSAN (Rapport No. 72). Neuchâtel : Observatoire Suisse de la Santé. Repéré à <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/la-sante-psychique-en-suisse-2>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International journal of nursing studies*, 60, 234-250.

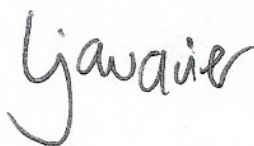
## **Appendice A**

Déclaration d'Authenticité



Les auteures, Jauquier Lauriane et Leemann Pauline, déclarent avoir effectué ce travail de manière personnelle, conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les auteures affirment que les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées selon les normes APA6.

Jauquier Lauriane

A handwritten signature in black ink on a light background. The signature is written in a cursive style, with the first letter 'J' being large and prominent. The name 'Jauquier' is clearly legible.

Pauline Leemann

A handwritten signature in black ink on a light background. The signature is written in a cursive style, with the first letter 'P' being large and prominent. The name 'Leemann' is clearly legible.

## **Appendice B**

Grilles d'analyse des articles

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. <i>Community mental health journal</i> , 52(7), 767-774.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	De nos jours, il y a une évolution des approches orientées sur le rétablissement qui a un focus sur l'intégration des usagers dans la prise en charge. En traitant la maladie, il faut promouvoir l'indépendance des usagers. Dans cette étude, les chercheurs se sont concentrés sur les modèles formels d'emploi de soutien par les pairs et de la façon dont les fournisseurs de soutien par les pairs se rapportent non seulement aux clients, mais aussi à d'autres professionnels de la santé. Ils se sont également intéressés à la façon dont les rôles des fournisseurs de soutien par les pairs ont été définis et intégrés dans les programmes interprofessionnels de santé mentale et les équipes de soins de santé. Ces modèles démontrent l'importance des pairs-aidants (PA) dans le processus de rétablissement. Cependant, il y a encore quelques difficultés afin de pouvoir et intégrer les PA au sein des équipes de soins.
Recension des écrits	<p>Les PA sont présents dans plusieurs services, où ils peuvent avoir des temps formels et informels et le degré de réciprocité entre l'utilisateur et le PA y dépend.</p> <p>Selon diverses sources, les PA offrent les avantages suivants :</p> <p>En raison de leur point de vue, les PA sont en mesure de participer à la planification des dossiers</p> <p>Ils aident les usagers d'une manière que les autres professionnels de la santé ne seraient pas en mesure de le faire.</p> <p>Leurs rôles peuvent inclure l'animation de programmes de groupe, la promotion d'un accompagnement individuel des usagers et la promotion de la voix du patient dans l'inclusion de son traitement. Dans le système de santé mentale inclure les PA peut aussi ouvrir la vision des soins de manière holistique, la capacité d'atteindre les personnes vulnérables, la possibilité de réduire les perceptions et les stigmatisations. Le fait d'être PA peut aussi apporter des bénéfices personnels comme grandir en partageant ses expériences avec les usagers, réduire les autostigmatisations et augmenter l'auto-acceptation grâce à la découverte de points communs avec les usagers, le sentiment d'être habilité à la capacité de plaider et créer un changement dans le système de santé mentale, ainsi que de développer des compétences professionnelles transférables. Cependant, il y a aussi des difficultés telles que l'intégration dans les équipes de soins, des formations inadéquates, des rôles ambigus, des heures limitées de travail, une rémunération faible et des stigmatisations.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Le rétablissement
Question de recherche/buts	<p>Les PA offrent différents bénéfices à plusieurs niveaux. Cependant, il reste encore beaucoup de challenges dans le travail et la relation.</p> <p><b>But :</b> Afin de comprendre comment les PA vivent leurs rôles, cette étude s'est focalisée sur la perception des PA.</p> <p><b>Question de recherche :</b> Comment les PA définissent leurs rôles et leur intégration au sein d'une équipe interprofessionnelle de santé mentale ? Comment les PA relatent les faits aux autres professionnels et usagers ?</p>
Méthodes de Devis de recherche	Étude qualitative basée sur des interviews.
Population, échantillon et contexte	<p>Les PA officiels viennent de Assertive Community Treatment Team (<i>équipe de traitement communautaire dynamique</i>) (ACTT) et d'un modèle non standardisé. (non ST)</p> <p>L'ACTT a une orientation centrée sur le client, sur le rétablissement et c'est un service avec des usagers ayant une maladie mentale persistante et chronique. Le modèle non ST inclut différents programmes où les PA sont employés (p. ex. programmes pour patients hospitalisés dans les hôpitaux). Dans le ACTT, l'intégration est plus élevée que dans le modèle non ST. L'échantillon a été sélectionné de manière intentionnelle. Les PA travaillent dans différents environnements. Le premier contact a été fait avec les gestionnaires des programmes de santé mentale qui ont suggéré des participants potentiels à l'étude. Ensuite, pour agrandir l'échantillon, ils ont adopté l'effet « boule de neige » en envoyant une affiche de recrutement à un réseau de PA.</p> <p>Ainsi, 12 participants ont été recrutés, 8 appartiennent à différents ACTT et 4 sont employés dans des modèles non ST.</p> <p>Précédemment, ils étaient employés dans le corps médical, l'administration, et les services d'aide communautaire. L'expérience de PA de l'étude varie de 1 an à 13ans.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Des Interviews semi-structurée d'une durée de 1-2h ont été réalisées. Les participants étaient questionnés sur leur carrière antérieure, leur rôle actuel, leur évolution au sein de l'équipe, leur description de l'équipe et de leur relation avec les membres de l'organisation et les usagers, ainsi que les challenges et les opportunités de performer dans leur mandat. Les interviews ont été enregistrées et retranscrites.</p> <p>Il a été demandé d'avoir les documents du programme de PA, sur les rôles des PA. Les chercheurs ont pu consulté 3 manuels de formation et 4 descriptions du travail sur le lieu d'interview. Ces informations ont été utilisées comme source pour le contexte.</p>

Déroulement de l'étude	Réalisation d'Interviews semi-structurée qui ont été analysées pour donner des résultats. Ces résultats ont par la suite, été envoyées en copie à tous les participants de l'étude afin de chercher la rétroaction sur la crédibilité de l'analyse.
Considérations éthiques	Approbation éthique reçue par University Research Ethics Board ( <i>comité d'éthique de la recherche universitaire</i> ) afin d'assurer la protection de l'anonymat, la confidentialité des données et des participants.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>Pour comprendre la définition du rôle des PA, ils ont tenu compte <i>du titre, de la formation, des responsabilités et du salaire</i> de ceux-ci. Par la suite, ils ont examiné l'intégration au sein des équipes par une analyse des relations qui se sont développées entre les PA et les autres membres de l'équipe en tenant compte des thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'acceptation du rôle</li> <li>La divulgation de l'information</li> <li>La stigmatisation des autres membres de l'équipe envers les PA.</li> </ul> <p>Il a aussi été analysé comment les PA établissent des liens avec les usagers à travers les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'engagement de l'utilisateur</li> <li>La divulgation des informations</li> <li>L'établissement des limites et des attentes.</li> </ul> <p>Ils ont utilisé le logiciel Atlas-ti pour coder les données. Un aller-retour entre le codage et les interviews a permis d'identifier les modèles. La fiabilité des résultats a été établie grâce à la participation de 2 chercheurs lors de l'analyse. Ils ont envoyé une copie des résultats à tous les participants afin d'obtenir un feedback sur l'analyse. 4 participants ont répondu en indiquant que les résultats reflètent leur point de vue et que les citations tirées des entrevues permettent au lecteur de mieux interpréter les résultats. Dans les résultats, la distinction entre l'ACTT et le modèle non ST est faite seulement lorsque les données révèlent une différence.</p>
Présentation des résultats	<p>Les chercheurs ont présentés les résultats de leur étude en les classant au sein de divers catégories afin de mieux les visualiser.</p> <p><b>Définition du rôle :</b> la majeure partie des participants indiquent qu'ils ont découvert leur cahier des charges dans la description de leur emploi. Cette définition était vague et demandait plus d'exigences qu'une simple expérience de vie. De plus, le nom donné aux différents participants (ACTT = peer specialist n=8 // non standardisé = recovery facilitator, support counselor, n=4) ne varie peu mais démontre une différence dans les responsabilités et les interactions avec les usagers au sein de l'équipe.</p> <p>Les participants ont reçu au sein de leur organisation une formation de base qui a été suivie pour certains de Workshop. Tandis que d'autres ont mentionné un accès limité aux supports de formations. Ceux-ci ont pris des cours au travers internet sur le sujet des PA et/ou ont échangé</p>

avec d'autres PA déjà formés. Les PA ont suivi un membre de l'équipe afin de connaître les tâches quotidiennes. Les PA ont mentionné le besoin de formation sur la terminologie médicale afin de communiquer de manière professionnelles avec les membres de l'équipe. Les responsabilités des PA sont décrites dans le programme de formation des ACTT telles que : les PA sont intégrés au sein de l'équipe soignante qui va fournir un service individualisé et promouvoir l'autodétermination des usagers. Le rôle de généraliste inclut de promouvoir une assistance journalière, prise en charge des symptômes et la coordination. Les PA indiquent exécuter les mêmes activités mais avec la spécificité de leur vécu. Les PA disent qu'ils comprennent le rôle de généraliste mais n'arrivent pas à visualiser et mettre en œuvre le rôle spécifique du PA. Un PA relate qu'il serait important de savoir ce que l'équipe en santé mentale a besoin que le PA fasse. Le fait que le travail soit décrit de manière vague offre aux PA une flexibilité du rôle. En terme de rémunération, 50% des participants indiquent recevoir un salaire justifié alors que l'autre moitié dit recevoir pas assez de salaire. Une bonne rémunération doit être en corrélation avec la légitimité et la symbolique du travail effectué. Les participants disent pouvoir grandir au travers de leur travail à conditions que des ressources et des supports soient fournis.

**Relation avec l'équipe :** les participants ont révélés voir une évolutions dans l'acceptation et l'appréciation de leurs rôles au sein d'une équipe de soins. Ils indiquent que de fréquentes interactions avec l'équipe aident à comprendre leurs rôles et capacités. Cependant, certains rapportent aussi qu'ils doivent toujours justifier leurs rôles auprès des équipes car c'est toujours incompris. Le temps que les PA passe auprès des usagers n'est pas toujours apprécié et justifié pour l'équipe soignant de ce fait, il est évalué comme non essentiel. Il faut reconnaître ce rôle comme une plus value dans la prise en charge.

Certains professionnels ne veulent pas inclure les PA dans leur prise en charge. Il ressort des interviews que les membres de l'équipe commencent gentiment à comprendre et apprécier les rôles des PA grâce à l'augmentation des interactions avec ceux-ci. Les enjeux majeurs dans la relation avec l'équipe sont la divulgation des dires :

Que dire à l'équipe sur sa propre maladie → pour les participants, il est important d'expliquer leur maladie à l'équipe afin de pouvoir défendre les besoins de l'utilisateur mais aussi éduquer l'équipe à voir les situations d'une autre manière. Ce qui peut-être bénéfique lorsque quelqu'un a besoin d'aide.

Quelles informations reçues de l'utilisateur dois-je transmettre à l'équipe ? → Il faut transmettre les informations de liaison, des éléments concernant la santé, les informations concernant les but du rétablissement. Lorsqu'il faut être l'avocat du patient, les PA utilisent aussi des perspectives générales et pas forcément des détails spécifiques. En principe, le rôle des PA dans la divulgation est le même que les autres professionnels.

Stigmatisation de la maladie psychique → la stigmatisation peut être manifeste ou cachée et donne des difficultés dans la relation avec l'équipe soignante. Cette stigmatisation est le résultat d'un manque de formation/information et non d'une discrimination intentionnelle. Prendre les responsabilités, peut être un chemin pour changer les perceptions de l'équipe soignante.

**Relation avec les usagers :** Ils peuvent être engagé avec l'utilisateur grâce à leur expérience propre. Les PA essaient d'impliquer les usagers réitissants mais tout en respectant le fait qu'ils soient dans une situation inconfortable. Pour construire une relation avec les usagers, il est important de pouvoir raconter son propre vécu. L'expérience doit être partagée. Ils doivent savoir à quel moment dire les choses et comment les dire durant les étapes du rétablissement (quand dire et quoi dire, à quel moment du rétablissement)

	<p>Les PA doivent aussi connaître leurs propres limites. Celle-ci doivent être plus larges et flexibles que celle des professionnels car elles sont alimentées par le savoir expérientiel. Il est important lorsque le PA remarque un dépassement des limites (l'usager ne veut parler qu'au PA, relation trop personnelle, etc.) d'impliquer un membre de l'équipe dans la relation afin de reposer le cadre. En principe, l'intervention des PA est bien perçue par les usagers, elle redonne parfois de l'espoir dans le rétablissement. Enfin, il est important de porter une attention à l'image que le PA renvoie à l'usager et/ou sa famille et ne pas mettre des objectifs trop haut.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p><b>Rôle des PA :</b> les PA parlent des limites de la formation. Ils indiquent le besoin d'improviser avec des accès internet ou en faisant référence à un programme géré par les PA afin de pouvoir acquérir les compétence pour exercer. Le fait d'avoir de l'ambiguïté dans le rôle peut avoir un avantage → Le PA peut customiser son rôle, son approche en fonction de l'usager qu'il a en face de lui. Les challenges sont d'autant plus important lorsque les situations relatées par les usagers ressemblent à la situation du PA. Il est important pour le PA de trouver un moyen pour faire face à cette ambivalence. Les étudiant démontrent que les PA prennent du temps pour ajuster leurs rôles et certains ressentent le besoin de gérer leur propre santé mentale de façon proactive. Au niveau salarial, il est important de reconnaître la contribution des PA. Le salaire permet d'identifier le niveau de formation et l'expertise, il reflète la hiérarchie et la position au sein de l'équipe et/ou peut indiquer l'importance dans l'équipe. 50% des participants ont indiqués recevoir un salaire trop bas. Il est important que les organisations fassent attention au message qu'ils veulent faire passer lorsqu'ils prennent des décisions au niveau du salaire des PA.</p> <p><b>Acceptation et intégration :</b> l'intégration est facilité si l'équipe soignante est comprend le rôle du PA et que celui-ci arrive à ajuster ses compétences dans un nouvel environnement. Les études démontrent les mêmes résultats. L'importance du temps, des interactions et de la formation de l'équipe augmente l'acceptation du rôle de PA. Certains facteurs comme l'environnement, (le PA) peuvent influencer l'intégration du PA. Il s'est révélé aussi que certains PA dépassaient leur cahier de charge afin de remettre en question les perceptions des membres de l'équipe. Un facteur essentiel qui influence beaucoup l'intégration est la divulgation de sa propre expérience de la maladie. La littérature relate des effets positifs mais aussi négatifs pour les PA. Ce qui permet d'identifier qu'il y a un manque d'acceptation qui persiste principalement à cause de la stigmatisation du PA auprès/par l'équipe soignante.</p> <p><b>Limites avec les usagers :</b> Les résultats ont démontré le challenge dans l'élaboration des propres limites des PA avec les usagers. Il existe le dilemme « ami VS usager » car souvent l'usager délivre les informations comme à un ami et non à un professionnel. Ceci pose la question sur qu'est-ce qui peut être transmis à l'équipe ou non ? Certains participants relatent la difficulté à maintenir une relation de PA et prennent une position d'ami. Il y a encore la question de divulgation. Quelle information donner à qui et quand ? Divulguer certaines informations peut donner une vision irréaliste du rétablissement à l'usager et après il ne va pas pouvoir apprécier son expérience de la maladie et cela peut parfois être très handicapant. Certains PA se mettent aussi la pression pour se montrer comme un modèle face à l'usager.</p> <p>Il est nécessaire de se former, cependant, les participants ont révélé des difficultés d'accès à la formation. La question de la formation à pris de l'importance avec les tentatives de certification. Ceci induit un questionnement sur la formation au niveau institutionnel, au-delà de l'équipe ou de l'organisation. L'étude démontre une différence entre les ACTT et les non standardisés. Les ACTT ont un titre, un besoin de familiarisation avec le langage psy, des rôles définis. Par contre les deux groupes font part des mêmes challenges et opportunités.</p>

Forces et limites	<p>Limites : les PA sont dans le même état, un nombre limité de participants, approche transversale</p> <p>Les auteurs n'ont pas cité de forces concernant leur étude</p>
Conséquences et recommandations	<p>Pour une prochaine recherche, il pourrait être intéressant d'évaluer si l'intégration et l'acceptation des PA au sein de l'équipe est effectivement une responsabilité partagée ou alors est-ce seulement la responsabilité du PA.</p> <p>Il faut amplifier l'échantillonnage, proposer une étude longitudinale.</p> <p>Dans les prochaines études, il faut s'intéresser aux différentes expériences des PA dans différents contextes.</p>
Commentaires	<p>Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêt et certifient leur responsabilité.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. <i>Community mental health journal</i> , 52(7), 767-774.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Nous savons que l'article va parler des pairs-aidant et d'interprofessionnalité.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Il n'y a pas beaucoup d'information dans le résumé mais tout est clair.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	Il nous manque des éléments du contexte. Nous savons que l'étude se fait dans diverses communautés de pairs-aidant (PA). Cependant, nous ne savons pas dans quel pays cette étude a été faite et dans quel état.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			L'introduction fait référence à plusieurs autres études et/ou recherches sur le sujet plus ou moins récentes. De ce fait le sujet est bien introduit
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Nous pouvons en déduire que les auteurs se sont inspirés des concepts de rétablissement vu qu'ils en parle à plusieurs reprises et interprofessionnalité. Mais dans le texte, il n'est pas indiqué sur quelle théorie ils se sont inspirés. Mais ce n'est pas énoncé clairement
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Dans l'introduction, les auteurs viennent à 2 fois sur les questions de recherches. Elles sont claires et précises.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une approche qualitative grâce à des interviews. Dans la conclusion, on peut aussi voir que c'est une étude transversale
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			X	A but descriptif, cette étude transversale peut s'avérer correcte. Mais il aurait été plus judicieux de faire une étude longitudinale.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Nous savons que c'est des PA, il nous manque les caractéristiques Le lieu de l'étude n'est pas défini.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	La manière dont l'échantillon a été formé est décrite de façon adéquate. Cependant, nous trouvons que cette manière de faire n'est pas judicieuse. Un premier contact est pris afin d'évaluer les PA susceptibles de s'intéresser à la recherche. Ceci peut être interprété comme jugeant et inadéquat.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	C'est des entretiens semi-structurés de 1 à 2 heures. Il nous manque le lieu de ces entretiens et les personnes qui les ont réalisés. Ils ont été enregistrés et retranscrits. Les auteurs ont pu aussi avoir un accès limité à des documents.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Les auteurs nous disent qu'ils font des interviews et par la suite nous disent qu'ils analysent les résultats aussi au travers la relation développée avec l'équipe. Comment peuvent-ils le faire ?
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les résultats ont été établis par 2 chercheurs, puis envoyés aux participants pour avoir un feedback.

					La recherche a été validée par un comité éthique
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Un programme d'analyse est utilisé et des aller-retour entre les interviews et les résultats du logiciel sont fait afin d'identifier les thèmes. Les résultats sont tirés par catégorie ce qui est pratique lors de leur lecture  Il manquerait peut-être des tableaux avec les principaux résultats
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Analyse par 2 chercheurs puis feedback des participants
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Nous retrouvons des extraits des interviews dans les résultats. Cependant, nous trouvons les résultats vagues. Il manquerait des chiffres. Il y a beaucoup de mots comme « certains », « ceux-ci ».
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les catégories de résultats sont précises et justifiées.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Il a envoyé les résultats aux participants pour avoir un feedback et coller au plus à la réalité puis également à deux chercheurs.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Les résultats explicités sont comparés avec d'autres études. Cependant, nous retrouvons, dans la discussion, des sous-thèmes pas abordés dans le chapitre des résultats qui viennent compléter la discussion.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Elle n'est pas explicitement soulevée. Cependant on peut déduire que lorsque les auteurs évoquent les limites de l'étude, ils aient pensé à la transférabilité en disant que l'échantillon est trop petit et d'une même région.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Plusieurs pistes pour de nouvelles études sont relatées tout au long de l'article.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			De manière générale, l'article est bien structurée. Cependant, il manque des informations pour bien le comprendre et l'analyser. Certaines informations ont été déduites et supposées. La structure suit un article scientifique. Cependant des éléments d'éthique de recherche se trouvent au milieu dans la méthode et d'autres en fin d'articles.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. <i>The journal of behavioral health services &amp; research</i> , 42(1), 100-108.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p><b>Problème de recherche :</b> Nouveau service dont l'efficacité est de plus en plus prouvée. Cependant, des défis liés à la mise en œuvre de ce rôle persistent. Cette étude évalue la mise en place/implantation de pair-aidant dans les services de santé mentale aiguë, c'est-à-dire avec des troubles mentaux grave ou de forte intensité.</p> <p><b>Définition Pair-aidant (PA) :</b> Ce sont des personnes atteintes d'une maladie mentale grave (MMG). qui s'inspirent de leurs expériences vécues des troubles de santé mentale pour fournir des services à d'autres personnes atteintes de troubles mentaux L'utilisation des PA et considérée comme une approche novatrice qui peut soutenir les services cliniques dans un pays en développement.</p> <p>Ce document se concentre sur le processus de mise en œuvre du point de vue des <b>PA eux-mêmes, de l'équipe qui les entourent, des patients et des chercheurs de l'étude</b>, cela contribue ainsi à une documentation de plus en plus abondante qui informe les membres, les clients et les chercheurs de l'étude.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs ont recensés des études qui ont déjà été mené sur le statut de PA et ont relevé qu'il y avait constamment des défis liés à la mise en œuvre de ce rôle, y compris des questions relatives aux limites, des violations potentielles de la confidentialité, de la divulgation de l'état d'handicapé, de la discrimination et de la mauvaise qualité de l'information et une structure de travail mal définie. De plus, la nature des qualifications d'un PA pour l'emploi (c.-à-d. l'expérience personnelle de l'état clinique) nécessite la délimitation de ce qui suit, des comportements professionnels qui pourraient ne pas être explicites pour d'autres rôles en milieu de travail. Malgré ces difficultés de mise en œuvre, les études antérieures sur les PC n'ont pas utilisé la science de la mise en œuvre pour faciliter l'utilisation des PA en milieu clinique.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>La mise en œuvre du projet PEER a été guidée par le modèle de transfert Simpson un modèle qui s'appuie sur la théorie de la diffusion de l'innovation et définit la mise en œuvre des innovations comme un processus échelonné de changement organisationnel de l'exposition à l'adoption, la mise en œuvre et la pratique. (utilisation courante). La mise en œuvre du projet PEER s'est également appuyée sur les leçons tirées d'études exploratoires antérieures sur la mise en œuvre et l'évaluation des facilitateurs et des défis liés à la mise en œuvre des PA au sein des équipes <b>MHICM (Mental Health Intensive Case Management)</b> Tous les patients de chaque équipe MHICM au cours de la période de recrutement étaient admissibles à la l'étude. Sur les 404 clients admissibles, 285 clients de MHICM se sont inscrits (69 %), dont 149 qui se trouvaient sur des sites d'interventions et 133 qui se trouvaient dans des sites témoins. Sur les 149 clients des sites d'intervention, 57 % d'entre</p>

		eux avaient contact direct (rencontres documentées) avec les PA. Dès que les fournisseurs, les PA et les sites avaient accepté de participer à ces entrevues il n'y avait pas de critères d'exclusion. Tous les membres du personnel, y compris les PA, à qui l'on a demandé de répondre à une entrevue ont acceptés.
Question de recherche/buts		<p><b>Question de recherche</b> : En utilisant le projet « PEER », comment relever les défis et faciliter l'implémentation des PA au sein des équipes de soins à forte intensité en santé mentale ?</p> <p><b>Buts</b> : Evaluer les facilitateurs et les défis liés à la mise en œuvre des PA au sein des équipes à l'aide du projet « PEER ».</p>
Méthodes de Devis recherche		Devis Qualitatif
Population, échantillon et contexte		<p><b>Population</b> : Durant l'étude, il y a eu un certain flux avec l'emploi des PA, certains quittant plus tôt que prévu (l'un d'entre eux en raison d'une maladie), un autre en raison de l'inscription dans l'enseignement secondaire et un autre en raison d'un transfert d'une équipe à l'autre. Aucune équipe de deux PA n'est restée la même pendant toute la durée de l'étude.</p> <p><b>Echantillon</b> : Afin d'évaluer les obstacles et les facilitateurs des PA des entrevues qualitatives individuelles ont été menées à chaque site de mise en œuvre avec les prestataires (soignants), (n=8) et les PA (n=5), et deux entrevues de groupes de discussion ont été menées avec des clients, qui ont été choisis au hasard parmi ceux qui ont été en contact avec les PA (n=8). Les clients qui n'ont pas pu participer aux groupes de discussion (n=2) ont réalisé des entrevues individuelles.</p>
Méthode de collecte d données		La collecte de données s'est faite entre Octobre 2006 et mai 2011. Grâce à des entrevues avec l'équipe soignante et les PA, ainsi que focus groupe avec les patients.
Déroulement de l'étude		<p>Chaque équipe d'intervention s'est vu attribuer deux PA. L'étude a eu lieu au sein de la Veteran Health Administration (VHA). Les six équipes se trouvaient sur des sites distincts. Cependant, tous les sites faisaient partie d'un seul Réseau de services intégrés des anciens combattants. Les équipes MHICM, qui s'inspirent du programme Assertive Community Treatment, sont conçues pour offrir une gestion communautaire et complète aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave.</p> <p>Les PA ont été identifiés au moyen d'une demande d'emploi sur le site Web des emplois fédéraux. Les candidats ont été présélectionnés par le personnel des ressources humaines des sites respectifs puis, l'équipe de recherche et le personnel de la MHICM ont interviewé les candidats proposés par les ressources humaines, et les meilleurs candidats ont été sélectionnés. Les PA ont choisi de partager leurs expériences personnelles en matière de maladie mentale et de toxicomanie ; ils n'étaient pas tenus de divulguer entièrement ces expériences avant d'être embauchés. Avant l'inscription des patients, tous les PA ont reçu une formation de certification de 30 heures sur le soutien par les pairs, les</p>

	<p>compétences de base en counseling et la réadaptation psychosociale et une formation de deux jours sur la gestion de la maladie et le rétablissement.</p> <p>Le personnel de recherche du PEER a servi de " facilitateurs externes " (c.-à-d. des personnes qui jouent un rôle clé dans les activités afin d'aider les équipes à comprendre ce dont elles ont besoin pour changer), en aidant le MHICM à intégrer les PA dans leurs opérations. Guidé par le modèle de transfert Simpson, PEER a tenu des séances d'information sur les PA (<b>exposition</b>), a encouragé les chefs d'équipe de la MHICM à embaucher les PA (<b>adoption</b>), à aider les équipes de MHICM à adapter les postes de PA à leurs équipes. (<b>mise en œuvre</b>), à assuré la supervision hebdomadaire des PA et a rencontré les chefs d'équipe de la MHICM tous les mois pour dépanner les difficultés en cours (<b>pratique</b>).</p> <p>Les équipes de MHICM étaient composées d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un travailleur social et d'une infirmière gestionnaire de cas (tous considérés comme non-PC) et, au sein des équipes d'intervention, deux PC. Chaque équipe avait un administrateur qui a supervisé le travail de toute l'équipe.. Les clients ont été payés 20 \$ pour leur participation. Étant donné leur rôle important dans la facilitation de la mise en œuvre et la supervision des PA, les membres de l'équipe de recherche (n=4) ont également été interrogés au sujet de leur perception des difficultés de mise en œuvre et des facilitateurs.</p> <p>Toutes les entrevues individuelles ont été menées par l'auteur principal, un chercheur qualitatif expérimenté, et des groupes de discussion ont été animés. Des versions distinctes du guide d'entrevue ont été élaborées pour les types de répondants suivants : les fournisseurs qui étaient des MHICM, les administrateurs, les autres fournisseurs non consommateurs, les PA et les clients. Comme l'illustre le tableau 1. Les entrevues ont duré de 30 à 60 minutes et ont été enregistrés numériquement et transcrits par des professionnels.</p>
Considérations éthiques	Toutes les procédures ont été approuvées par l'équipe du Comités d'examen institutionnel présente sur tous les sites.
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Les transcriptions ont été examinées et révisées pour en vérifier l'exactitude, puis résumées par l'auteur principal. et discutés par l'équipe, l'accent étant mis sur l'établissement d'un consensus autour des domaines clés (tableau 1). Une élaboration de comparaisons site par site sur la base des discussions et des domaines développés à eu lieu pour les résumés. Une première liste de codes de niveau qualitatif a été développée et utilisée via ATLAS.ti (outil logiciel de données) Des codes de niveau supérieur ont été appliqués pour catégoriser les réponses de façon générale dans des catégories clés. Ensuite, le contenu de chaque code a été passé en revue et examiné à la recherche de sous-codes émergents ; des codes additionnels ont été créés lorsqu'un thème a été soulevé par la majorité des répondants au sein d'un groupe de travail. Les entrevues ont été analysées à l'intérieur des sites et d'un site à l'autre, au sein des rôles et entre les rôles (en utilisant les familles de documents dans ATLAS). Un Codage axial (c.-à-d. une combinaison de codes) a été utilisé pour synthétiser les résultats et réfléchir aux caractéristiques de l'innovation au fil du temps. Le codage a été examiné de façon uniforme par TC, MC et RO, et l'équipe a discuté et résolu les perceptions divergentes au besoin.</p>
Présentation des résultats	Les auteurs ont présentés les résultats en faisant trois catégories distinctes, à l'intérieur des deux premières catégories ils ont insérés des extraits tirés des entrevues :

### Facilitateurs de la mise en œuvre/implantation

Il est essentiel d'optimiser l'acceptation et l'utilisation des PA. L'éducation avec les équipes de la MHICM et la formation des PA est nécessaire afin d'éviter des problèmes bien connus. Pour cela, il faut favoriser la compatibilité avec les normes organisationnelles et de réduire l'impact sur l'environnement et la complexité d'un nouveau rôle. Par exemple, la question de la confidentialité, préoccupait le personnel non-PA, ils s'attendaient à ce que les PA ne protègent pas la vie privée des clients. Un membre du personnel de la MHICM a noté l'inquiétude initiale à l'étape de l'exposition au sujet des " problèmes de frontières " :

*« ... Nous étions vraiment préoccupés par la question des frontières.... Différentes personnes n'étaient pas à l'aise avec cette question. Il y avait définitivement beaucoup d'appréhension au début. »*

La question des limites a fait l'objet de discussions approfondies au cours de la planification et de la mise en œuvre, afin d'aider les **PA à négocier l'équilibre entre le professionnalisme et l'empathie**. Les PA étaient clairement familiers avec leur mandat de partage de toute information pertinente sur le plan clinique. L'équipe de recherche a été un élément facilitateur à l'implémentation. Ce travail préparatoire (et de renforcement par le biais de et facilitation continue) avec le personnel de la MHICM et les PA a permis d'éviter les défis, qui avaient été rencontrés dans le cadre d'efforts antérieurs. Le personnel non-PA, en particulier les administrateurs de la MHICM, ont apprécié le fait d'avoir un accès constant à l'expertise, ainsi que la possibilité de résoudre les problèmes avec l'équipe de recherche. Cet accès semble avoir atténuer la complexité de la mise en œuvre. Les PA ont également apprécié l'accès à l'équipe de recherche et ont bénéficié d'un appel téléphonique hebdomadaire de supervision. La **valeur démontrée des PA au fil du temps a facilité une meilleure utilisation de leurs services par les clients et un plus grand nombre d'aiguillages de la part du personnel du MHICM au fil du temps**. Tous les membres du personnel ont fait savoir **que les PA étaient un outil précieux**. Le personnel a fait remarquer que les PA étaient particulièrement utiles pour les clients " plus stables " qui avaient besoin de visites de soutien, et que les PA avaient souvent accès à l'information des clients qui n'était pas disponible pour les autres membres du personnel.

Le personnel a également noté que les PA étaient avantageux non seulement pour les clients, mais aussi pour les équipes de la MHICM. Les PA n'ont pas tendance à partager leurs histoires personnelles avec leurs équipes (bien qu'ils l'aient fait avec les clients), mais leur présence et leur contribution ont été observées pour " **couper à travers l'élitisme professionnel** ", selon les mots d'un membre du personnel de MHICM. Les PA eux-mêmes ont également pu observer leurs propres contributions, ce qui a renforcé leur sens de la valeur au sein des équipes et a soutenu la mise en œuvre. Ils ont noté qu'ils ont servi de modèles pour les clients. Les PA ont également pu observer l'importance de l'écoute empathique et les patients ont exprimé l'importance de la capacité d'écoute unique des PA.

### Difficultés de mise en œuvre/implantation :

Les administrateurs de MHICM qui ont favorisé l'assignations des PA estimait que l'approche de la " charge de travail " permettrait au PA de savoir à qui s'adresser et d'avoir l'occasion de créer un lien au cours de visites multiples et d'autres interactions. Les PA qui ont été assigné d'une charge de travail auprès de clients étaient ceux qui ont été perçus comme ayant besoin d'une "structure" et d'une supervision plus intensive. Les PA qui avaient droit à une charge de travail flexible étaient généralement ceux qui étaient perçu comme étant motivé et adaptable aux besoins émergents.



	<p>Un défi inattendu était que certains PA n'avaient pas <b>une connaissance suffisante de la norme du comportement au travail</b>, ou ce qu'un membre du personnel de MHICM a appelé le " professionnalisme de base du travail ", tel que aviser l'équipe lorsqu'elle est malade, arriver à l'heure, répondre en temps opportun aux messages, établir un ordre de priorité. et travailler efficacement avec les ordinateurs. De plus, les PA avaient besoin de plus de formation sur la documentation et sur les interactions avec les clients, en s'abstenant de faire des essais cliniques. Le dossier médical informatisé de la VHA a également posé un défi de taille. L'un des membres du personnel a dit :</p> <p><i>« Je pense que le plus gros problème était avec[un PA qui] n'avait aucune idée de la SCRP[Patient informatisé]. Système d'enregistrement]. " La formation des PA au comportement en milieu de travail et à l'utilisation de la SCRP a pris beaucoup de temps pour certains membres du personnel de laMHICM, en particulier les administrateurs. Toutefois, ce défi s'est résolu au fil du temps, puisque le Les PA sont devenus plus conscients des attentes et se sont familiarisés avec leurs tâches. »</i></p> <p><b>Durabilité</b></p> <p>Malgré l'appui solide et les efforts considérables de l'équipe de recherche du PEER, des administrateurs de la MHICM et des autres intervenants clés, les PA n'ont pas été embauchés au-delà de la durée de vie <b>du projet en raison d'un financement limité</b>. Malheureusement, ceci signifie que ce qui était devenu un élément précieux, des services et des ressources de chaque équipe ne pouvait être maintenu, ce qui était frustrant pour les non-membres du personnel PA et les PA. Les membres du personnel de la MHICM et tous les sites ont exprimé leur déception face à la perspective (post-mise en œuvre) de perdre les PC et a noté que l'impact de cette perte serait ressenti par le personnel et les clients.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>La mise en œuvre des PC dans trois équipes de gestion de cas intensifs a été globalement positive, après que certaines "douleurs de croissance" ont été surmontées. Une fois les tâches et les responsabilités des PC établies en temps réel, leur valeur est devenue apparent, et leurs contributions ont été perçues par le personnel et les clients comme étant particulièrement avantageuses. Par Théorie DOI, l'innovation avait un avantage relatif élevé, une complexité relativement faible, une forte triabilité et une observabilité convaincante, les facteurs clés de la théorie DOI prédisent une diffusion réussie. De plus, les contributions des PA ont été jugées compatibles avec les valeurs, les normes et les besoins perçus du personnel et des patients</p> <p>ce qui suggère également que la théorie DOI conduit à une plus grande diffusion. Les chercheurs ont aussi constatés que le personnel pouvait engager une «réinvention» au besoin (p. ex., adopter une approche souple de la façon dont les PA ont travaillé avec les clients), une fois qu'ils ont observé la valeur du rôle et établi la confiance en une autre personne. Ces caractéristiques facilitées la mise en œuvre continue et, en fin de compte, informe les chercheurs des désirs de durabilité au niveau de l'équipe, bien qu'elle n'ait pas été réalisée en raison de ressources limitées. Les données d'entrevue suggèrent que l'animation externe par l'équipe de recherche est en mesure d'atténuer les défis des PA, ou " complexité " en termes de DOI, ce qui peut miner la diffusion. La grande familiarité de l'équipe de recherche avec les PA et le rétablissement en santé mentale a éclairé la préparation du site. De plus, lorsque des défis se présentaient ils étaient généralement résolus, en aidant les équipes à développer leurs compétences, en permettant aux PA de revenir et en orientant le travail des PA vers leurs forces et leurs besoins (par exemple, en assignant un ensemble de clients à une structure de PA qui en avait besoin).</p> <p><b>Conclusion</b> : Cette étude était conforme aux conclusions de Moll et al.3 qui ont conclu que l'intégration des CP dans des équipes sans</p>

	expérience antérieure de CP est un processus, et non un événement, et que les rôles, les responsabilités et les relations évoluent au fil du temps.
Forces et limites	<p><b>Forces</b> : La grande familiarité de l'équipe de recherche avec les PA</p> <p><b>Limites</b> : La durabilité n'a pas été réalisée en raison de l'insuffisance des ressources.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Conséquences</b> : Les auteures relèvent les implications pour la santé mentale : La VHA et d'autres organisations de soins de santé embaucheront davantage de PA. L'augmentation des preuves d'une mise en œuvre réussie pourrait contribuer à la durabilité de cet ajout efficace aux services de santé comportementale.</p> <p><b>Recommandations</b> : Il faudrait prêter d'avantage attention aux questions de mise en œuvre. La facilitation externe, guidée par un cadre de mise en œuvre comme le modèle de transfert Simpson, pourrait être un élément important de la mise en œuvre, tout comme la planification minutieuse et l'anticipation des défis courants. Par exemple, au sein de la VHA, les coordonnateurs locaux du rétablissement sont des cliniciens qui participent souvent à l'embauche et à la supervision des PA. Ils constituent une main-d'œuvre prête à s'impliquer dans le processus d'introduction des PA dans les équipes de services de santé comportementale.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. <i>The journal of behavioral health services &amp; research</i> , 42(1), 100-108.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le concept est la mise en œuvre (implantation) et la population de l'études sont les pairs-aidants et les équipes de soins.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			J'ai trouvé le résumé complet, il énonce la méthode (entrevues qualitatives), le problème d'intégration, il présente les résultats dans les grandes lignes.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	Après une première lecture de l'introduction je n'ai pas trouvé que le problème de recherche est pleinement explicité. Le phénomène de l'article s'est implémentation d'un programme pour faciliter l'intégration des PA. Par déduction, on comprend que l'intégration est un obstacle dans les équipes de soins. Cependant, je trouve que les auteurs auraient pu être un peu plus clairs à ce niveau là.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Oui, les auteurs disent qu'ils ont pris connaissance d'études antérieures et fais un point avec les données les plus récentes. En revanche elles sont restreintes si l'on compare avec d'autres articles.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Oui, dans le dernier paragraphe de l'introduction le cadre théorique ainsi que le cadre conceptuelle sont posé clairement, mais pas expliqué, on se sait pas trop à quoi ils correspondent.
<b>Question de</b>	La question de recherche/les buts sont-			X	Le but est clairement énoncé et à partir du but de la recherche on peut

recherche/buts	ils clairement formulés ?				en déduire la question de recherche mais celle-ci n'est pas formulé. On comprends que c'est une programme d'implémentation pour les PA mais cela reste de la déduction.
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui le devis de recherche est expliqué de façon précise.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Oui dans cette étude on parle du phénomène d'implantation au sein d'équipes de soin et les devis qualitatif est le plus adapté.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Oui la population est défini précisément (nombre de participants, abandons..) Le type de participants est également détaillé. (PA, personnel non-PA, patients et chercheurs. Cependant, dans l'intro on nous parle de deux groupes. Je n'ai pas retrouvé ça dans la méthode. On nous parle des chercheurs comme facilitateurs mais est-ce pas un résultat ? On se sait pas où à lieu l'étude précisément, comme c'est des vétérans de l'armées américaine on peut déduire qu'elle est réalisé au USA.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Les caractéristiques de l'échantillon ne sont pas détaillé on sait le nombre de participants mais pas leur âge, sexe, origine. On nous dit qu'il y a 285 personnes qui ont acceptées cependant, $149+133 = 282$ . A quoi correspond dans le chapitre implementation évaluation le N= → ils font partis de l'échantillon ? Après lecture l'échantillon n'est pas clair, on sait pas qui à vraiment participé ou non ? Après plusieurs lecture et déduction on comprend que l'échantillon est en fait constitué des prestataires (soignants), (n=8) et les PA (n=5). Mais ce n'est tout de même pas clair !
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Oui les méthodes de collecte de données sont précises, les entrevues sont enregistrées et retranscrites

Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Le déroulement est complet, chaque étape est expliquée dans l'ordre, j'ai bien réussi à visualiser tout le déroulement
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui, les mesures nécessaires ont été prises sur chaque site
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Tout un paragraphe de l'étude s'y consacre et des programmes sont utilisés.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	La vérification ne s'est pas faite de manière optimale pour ma part, malgré qu'un chercheur avéré s'y soit attelé une double vérification aurait été nécessaire. Cela a été discuté par l'équipe mais beaucoup de manœuvres ont été faites, donc potentiel biais. Et une 2 <sup>ème</sup> correction aurait pu être judicieuse pour un souci de transparence
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le résumé est tout à fait compréhensif, des extraits sont présents pour chaque catégorie, j'ai trouvé la présentation structurée.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Oui, lors de la conclusion des parallèles sont établis
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Oui les auteurs donnent des exemples concrets dans la pratique.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?			X	Les recommandations et les conséquences sont présentes, cependant des pistes pour de futures recherches ne figure pas.
<b>Éléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Oui l'article est structuré et les informations apparaissent dans un ordre logique, mais uniquement après plusieurs lectures minutieuses, en première lecture, je l'ai trouvé difficile à comprendre.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.  
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. <i>Community mental health journal</i> , 49(3), 281-291.
Introduction Problème de recherche	Cette étude examine les défis exprimés par les PA travaillant dans divers milieux, programme et ayants des rôles différents. Cela permet de comparer les expériences des PA dans différents contextes, ainsi que d'identifier les expériences communes sous-jacentes.
Recension des écrits	<p>Quelques études sur les formations des pairs-aidants (PA) et l'emploi ont montré la demande et le succès des PA rémunérés. Ce succès requière de relever des défis et solidifier la profession.</p> <p>L'utilisation des PA aux USA est en constante évolution dans les services de santé mentale. Ils gagnent de la popularité.</p> <p>La reconnaissance de leur valeur est due aux efforts des dix dernières années en impliquant et développant les services de PA. Certains efforts viennent avec la pratique orientée sur le rétablissement qui demande d'impliquer les patients dans la prise en charge de leur maladie psychique.</p> <p>Dans tous ces rôles, une caractéristique unificatrice est que les PA utilisent les connaissances ou la sagesse acquise par leur expérience vécue de la maladie. Cela implique l'expérience personnelle, ses conséquences, une expérience avec le système de santé mentale. Ce qui engendre une relation profonde et authentique entre le PA et le patient. Ce type de lien est rare avec un professionnel de santé mentale qui n'a pas vécu de maladie. Les recherches des 20 dernières années conclue que l'intervention des PA a un effet bénéfique sur les patients. Cependant, le manque de savoir sur les expériences des personnes employées comme PA, ne nous empêche de soutenir les PA et leur prestation.</p> <p>Un premier corpus de données probantes qualitatives indique les <b>bénéfices</b> à travailler en tant que PA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>acquisition de compétences transférables</li> <li>augmentation de la connaissance de soi-même</li> <li>avoir des expériences positives</li> </ul>

forger des liens avec les autres PA

engager un propre rétablissement

construction d'un système de soutien

orientation vers une carrière professionnelle

Récemment, le rétablissement et l'évolution des résultats de soins ont été identifiés au travers de 5 domaines du bien-être : les fondations, l'émotion, le social, l'occupation et la spiritualité.

Des études quantitatives démontrent également des avantages :

réduction des hospitalisations

un sentiment accru de l'espoir, de l'estime de soi et de son propre rétablissement

empowerment et générosité

Les multiples **défis** auxquels font face les pairs fournisseurs de services sont les suivants :

confusion des rôles

conflits avec les bénéficiaires de soins

manque de reconnaissances des rôles par les membres des équipes de santé mentale

relations conflictuelles, conflits de rôle et confidentialité liées au fait de travailler là où les PA ont reçu ou reçoivent des soins (défis identifiés il y a 10 ans)

soutien, éducation, formation et supervision des PA

possibilité d'emploi et de paiement

En parallèle, **des difficultés** sont apparues :

Comment gérer à la fois un rôle de pair sympathisant et un rôle professionnel, unidirectionnel (comme les équipes de soins) ?

Questions autour de la description du poste → Qu'est-ce qui devrait ou ne devrait pas être inclus dans les services par les PA ? Une demande de développement des manuels et des modèles a été exprimée.

Les études récentes sur la formation et l'emploi se sont montrées prometteuses, cependant, les auteurs mettent l'accent sur la continuité des prestations, les défis du développement de l'emploi ainsi que les obstacles.



Cadre théorique ou conceptuel	On retrouve des aspects du rétablissement, mais aucun concept n'est décrit dans cette étude.
Hypothèses/question de recherche/buts	<p><b>Hypothèse :</b> Cela va donner l'occasion de comparer les fournisseurs de services par les pairs, des expériences dans différents contextes, ainsi que d'identifier les expériences communes sous-jacentes</p> <p><b>Question de recherche :</b> Quels sont les défis signalés par des personnes travaillant dans divers milieux de travail et les rôles des pairs, y compris dans les programmes gérés par les consommateurs ?</p> <p><b>Buts :</b> Développer un cadre conceptuel plus large qui éclairera les défis rencontrés par les PA et servira de guide pour soutenir le parcours professionnel des PA.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Étude exploratoire avec un devis mixte.
Population, échantillon et contexte	<p>Cette étude découle d'une étude exploratoire de plus grande envergure réalisé précédemment. Elle se concentre sur les challenges des résultats en matière de rétablissement.</p> <p>Elle a été conduite en 2 phases :</p> <p>février 2009-juin 2009 : 10 PA qui travaillent depuis au moins 2 ans et 20h/semaine</p> <p>août 2009-décembre 2009 : inclus des PA ayant moins d'expérience (N=21), → critères élargis afin d'évaluer de quelle façon les diverses professions peuvent être liés aux résultats du rétablissement</p> <p><b>critères d'INCLUSION :</b></p> <p>PA</p> <p>Diagnostic d'une maladie psychique comme schizophrénie ou trouble affectif</p> <p>Venant des villes du nord-est de l'Amérique</p> <p>84% des PA venaient d'un service conventionnel, 16% venaient des organismes dirigés par des PA où la majorité du personnel étaient composé de personnes en rétablissement. 81% travaillent 20h/semaine ou plus. Les participants sont engagés dans différents rôles → entretien, groupe d'entraide, initiative d'élaboration de programmes. Parmi eux, 12 (39%) ont un rôle de directeur ou de formateur.</p> <p>Certains ont contact avec des groupes de soutien (23.74%) et plus de la moitié de ceux-ci ont un certificat de formation. Les 2/3 ont une formation niveau bachelor ou plus haute. Les détails démographiques de l'échantillon ainsi que les caractéristiques des participants de</p>

	l'étude se trouvent dans le tableau 1, p.283
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Deux interviews ont été réalisées :</p> <p>Une concernant le rétablissement</p> <p>L'autre concernant l'histoire de vie</p> <p>Un questionnaire d'auto-évaluation a également été soumis aux participants. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel QSR Nvivo 1.3. spécifique pour l'analyse de données qualitative</p>
Déroulement de l'étude	<p>Le recrutement de l'échantillon s'est fait par l'envoi d'un e-mail d'information à différentes agences et par le bouche à oreille. Les données ont été recueillies à partir d'entrevues semi-structurées menées par le premier auteur. Un guide a été élaboré pour répondre à la question d'une étude plus vaste qui portait sur le processus de rétablissement et de croissances vécus par les PA, mais l'interview comprenait également une section sur les défis. Ce guide a été élaboré par le premier et le deuxième auteur à partir de textes sur le rétablissement et à été évalué et modifié à la suite des commentaires d'un PA qui n'avait pas participé à l'étude. Des questions ouvertes ont été utilisées pour évoquer les expériences personnelles reflétant les perceptions et les sentiments des PA. Les interviews commençaient par une question générale : « Comment le fait de devenir PA a eu un impact sur votre rétablissement ? ». Ensuite, des questions ouvertes ont été posées sur les défis en fin d'entrevues, comme par exemple : Qu'est-ce qui pourrait être les inconvénients du travail en tant que pair fournisseur ?" Les entretiens ont été enregistrés et transcrits textuellement.</p>
Considérations éthiques	<p>L'Étude à été approuvée par l'University Institutional Review Board.</p> <p>Tous les participants étaient consentants et ont signé un consentement éclairé.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Les 3 premiers auteurs ont lu et codé indépendamment les 3 premières entrevues dans le but d'élaborer une liste de codes initiale. En se basant sur ce codage, le premier et le troisième auteur ont codé les autres entrevues. Tout en rencontrant le deuxième auteur pour concilier les divergences.</p> <p>Le codage a été effectué en utilisant un codage ouvert, en comparant les similitudes et les différences dans les textes qui impliquent un processus réitatif, inductif et réducteur qui organise les données. Au fur et à mesure des nouveaux thèmes sont arrivés et ont donné lieu à des nouveaux codes, à la reconceptualisation de l'approche des codes précédents, à des codes de fusion, et/ou à l'élimination des codes pour finalement former des sous-codes, des codes et des catégories. Initialement, une liste de 26 thèmes classés sous 9 catégories a émergé. Dans des analyses plus approfondies, ils ont été réorganisés en 3 thèmes classés sous 9 catégories et 6 sous-catégories comme présentées dans le tableau 2, p.285. Ce processus d'analyse a été mené dans le cadre d'une enquête qualitative plus large sur les expériences des pairs fournisseurs en identifiant d'autres thèmes tels que les bénéfices et les motivations.</p>

Présentation des résultats	<p><b>ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL</b></p> <p><b>conditions de travail</b></p> <p>la surcharge de travail se traduit par un stress et un burnout car ils prennent de multiples responsabilités. D'autres on noté un manque de place pour rencontrer les patients, un manque de bureau et d'ordinateur pour documenter et un salaire bas.</p> <p><b>travailler au sein d'un service de santé mental conventionnel</b></p> <p>Les auteurs ont trouvé que les superviseurs et les collaborateurs utilisent un vocabulaire désobligeant à l'égard des patients. Les participants reportent avoir l'impression qu'un comportement négatif à leur égard leur est adressé vis-à-vis de leur diagnostic.</p> <p>Les PA sont outrés que le système traditionnel ne soit pas orienté sur l'approche du rétablissement. Ainsi, certain établissement n'implique pas les patients dans leur prise en charge. Selon les PA, les superviseurs n'avaient pas assez de compréhensions sur la valeur des expériences vécues.</p> <p>Certains se plaignent de manque d'autonomie. Ils ont un sentiment d'intrusion, désaccords, disputes. Sentiment de rejet.</p> <p>Parfois, le PA est le seul dans l'institution et c'est difficile de prendre le rôle de pionnier et promouvoir le système.</p> <p><b>travailler dans une agence géré par les PA</b></p> <p>travailler au sein d'une agence gérée par les PA est un défi relationnel et structurel. La relation avec les pairs est décrite comme vulnérable et les ruptures difficiles à prédire. Ces caractéristiques relationnelles sont attribuées à la difficulté d'exécuter les tâches de manière appropriée. De plus, ces agences ont parfois une structure de travail non adaptée et des rôles peu/mal défini.</p> <p><b>PARCOURS PROFESSIONNEL</b></p> <p><b>Manque de formation</b></p> <p>La transition entre formation et vie professionnelle engendre une disparité entre les places de travail, le savoir, les habilités et compétences du PA. En général, ils demandent plus de savoirs sur les maladies psychiques, le processus de rétablissement et le système de santé mentale afin d'acquérir plus d'habilités pour accompagner le patient.</p> <p>La disparité entre les formations est un autre défi. Les participants se sont plaints de l'absence de normes professionnelles et ainsi, ils ont une mauvaise réputation. De plus, lorsqu'ils se cotoient, ils ne sont pas égaux au vue de leur formation. Certains doivent faire plus ou reçoivent plus de responsabilités.</p> <p><b>Description du cahier des charges floue</b></p> <p>Le manque de clarté au sujet de du rôle et des exigences, tant de la part des employeurs que des PA, a entraîné de multiples défis. Certains se sont vu attribuer des tâches non liées à leur rôle professionnel (transport des patients, déboursement des médicaments).</p>
----------------------------	--

	<p>D'autres PA travaillent sur des projets multidisciplinaires mais se sentaient incertains (qui fait quoi ? comment collaborer ?) D'autres estiment que leur position n'est pas valorisée par les employeurs et les collègues.</p> <p><b>Difficulté à établir une relation d'entraide.</b></p> <p>Être compatissant sans réagir est un défi et le fait de ne pas objectiver d'évolution dans la prise en charge, en est un également. Les PA ne se sentent pas armés pour traiter les usagers en crise (cpt d'automutilisation, psychotique, agité, en colère)</p> <p><b>Identité propre du PA</b></p> <p>Certains PA se sentent mal à l'aise de porter une étiquette → impression de vouloir se soigner avant d'aider les autres. Certains PA trouvent que c'est la seule identité qui leur reste. Travailler comme PA dans la santé mentale, c'est se confiner dans un moule.</p> <p><b>ETAT DE SANTE DU PA</b></p> <p><b>sentiment de stress/surcharge</b></p> <p>Les PA font des expériences de situations de surcharge de travail et émotionnelles. Cela inclut d'être à l'écoute lorsque les patients partagent des expériences négatives et comment y réagir. Ou encore d'entendre des histoires similaires à la sienne, ce qui peut engendrer du stress.</p> <p><b>récurrence des symptômes</b></p> <p>être à l'écoute des patients peut remémorer une vie antérieure et le fait de pouvoir en discuter avec un superviseur pourrait aider. De plus, un participant a déclaré avoir fait l'expérience de désorientation/hallucinations à la suite d'une charge de travail excessive.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Les défis des PA ont été explorés au sein d'une étude plus vaste sur l'impact personnel du travail. De multiples défis ont été identifiés dans trois domaines : <b>environnement du travail, parcours professionnel et santé mentale</b>. Ces défis mettent en évidence les obstacles auxquels se heurtent les PA dans divers domaines (rôle, milieux, niveau d'intervention, expérience professionnelle). Le résultat de cette étude suggère l'existence d'un système « multicouches » de la perspective relative aux défis du travail par les PA en tant que nouveau service dans la santé mentale. L'étude confirme les résultats rapportés ailleurs et ajoute de nouvelles connaissances sur les défis que doivent relever les PA.</p> <p>Comme les constatations antérieures au sujet de <b>l'absence d'un emploi clair et des descriptions dans la structure du travail, les bas salaires, le manque d'uniformité dans les formations, le manque de supervision suffisante</b> et met l'accent sur les défis de l'établissement et la gestion des relations.</p> <p>L'article va-au-delà des rapports précédents → il aborde les nouveaux défis qui se posent spécifiquement dans le domaine des agences gérées par les PA. Il éclaire les défis sur l'établissement d'une entraide efficace entre pairs et relations interpersonnelles. Il offre un plus large éventail de services. Il offre un cadre conceptuel basé sur les divers défis vécus de plusieurs milieux de travail, axés sur des</p>

programmes uniques.

***Les défis des organisations conventionnelles sont distincts des défis dans les organisations gérées par les PA***

**ORGANISATION CONVENTIONNELLE :** les défis sont → expression direct et indirecte des préjugés, le manque d'orientations sur le rétablissement et le fait d'être le seul PA dans l'institution. Ces résultats renforcent la nécessité de relever les défis d'un point de vue organisationnel → la préparation, la formation, l'éducation du personnel non PA devraient faire partie intégrante de l'intégration des PA dans les soins. L'étude démontre l'importance d'avoir plus d'un PA dans l'institution et la nécessité de mettre le travail des PA sur un pied d'égalité avec d'autres contributions professionnelles au sein de l'équipe. Il faudrait axer la formation sur le rétablissement et avoir un milieu de travail souple et accommodant. De plus, les PA devraient bénéficier d'une préparation et d'une supervision spécifique au contexte. La difficulté d'avoir une définition floue du rôle d'un PA, ne les permet pas de s'épanouir dans leur travail.

**ORGANISATION GEREES PAR LES PA :** il n'y a pas de recherches antérieures, cependant, on peut dire que les ressources et la formation est souvent limitée

***Défis liés au parcours professionnel : compétences des PA, compétences d'aide, identité des PA***

**ORGANISATION CONVENTIONNELLE :** une formation insuffisante, description du travail peu claire, difficultés à gérer les relations et les sous-évaluations de l'expérience vécue. Dans les écrits, il semble avoir une lacune dans la traduction du travail des PA, dans le partage de la sagesse personnelle et le fait d'être un modèle → l'étude suggère de relever les défis en développant la formation dans 3 domaines d'intérêt (**compétences des pairs, relations interpersonnelles, identité**)

Compétences des PA, auto-divulgaration et l'apport de l'auto-divulgaration sur une perspective personnelle : dans l'étude, les participants ont pu démontrer que raconter son histoire est plus facile à dire que à faire. Les PA peuvent s'impliquer émotionnellement, trouver difficile de fixer des limites et équilibrer la divulgation. Le rôle des PA implique un travail émotionnel au-delà de ce qui se passe dans d'autres domaines de la santé mentale. → propose une formation sur la communication intentionnelle de l'information en mettant l'accent sur l'histoire du rétablissement. Ceci pourrait améliorer l'efficacité et réduire le stress personnel lorsque l'on partage des parties de sa vie.

Différents programmes existent → In Our Own Voice de NAMI, Du-Siach

Des ressources en matière de formation professionnelle et d'emploi sont disponibles dans le monde entier et peuvent être utilisés pour soutenir la prise de décision (Université de Boston, Center for Psychiatric Rehabilitation)

En général, ces approches impliquent les éléments suivants : développer son récit de vie à partir d'une perspective de rétablissement personnel, juger des avantages/désavantages de la divulgation, formation à partir de jeux de rôle, et de la supervision.

**Compétences d'aide- établissement de la fondation des relations de réadaptation :** les PA de l'étude ne se sentaient pas à la hauteur pour aider les usagers. Une formation en technique d'aide de base qui s'apparente à d'autres aspects de la santé mentale des vocations telles que le travail social et la psychologie sont justifiées. → acquérir des connaissances sur les notions de base, l'approche et les compétences en réadaptation psychiatrique, apprendre comment établir une alliance de travail avec les usagers, intégrer l'utilisation de

	<p>l'entrevue motivationnelle. Il s'agit des modalités d'apprentissage qui sont conformes à la politique du paradigme du rétablissement et une approche de psychologie humaniste.</p> <p><b>Traitement de l'étiquette et de l'identité des PA :</b> le risque d'être enfermé dans un rôle spécifique et de se sentir poussé à s'identifier au mouvement des usagers. Au niveau du rétablissement, cela implique une transition d'une personne en rétablissement à une personne simple.</p> <p>Une perspective utile sur les défis liés à l'identité des PA peut être tirée de la théorie de l'autodétermination (le comportement autodéterminé est miné si une personne ne se sent pas en confiance, autonomie)</p> <p>Lorsque les attentes de l'extérieur sont trop élevées, cela réduit l'autonomie. Ainsi, le sentiment d'être forcé ou catalogué est présent. Et ainsi peut conduire à l'épuisement professionnel et au manque de motivation. → mettre l'accent sur les implications personnelles potentielles de porter un label de PA. Les discussions avec un groupe de PA ou des superviseurs peuvent accroître la sensibilisation aux avantages et aux inconvénients de la présentation en tant que PA et comment cela peut affecter le sentiment de soi et le processus de rétablissement.</p> <p><b>Santé mentale personnelle :</b> les participants font état de stress, d'épuisement professionnel et rarement des troubles psychiatriques. Cette vulnérabilité professionnelle inhérente devrait être abordée dès les premières étapes de la formation par les moyens discutés : moyens et possibilités de s'attaquer aux problèmes de santé mentale → formation sur les interventions d'auto-assistance. Les symptômes et l'information sur les droits et les soutiens possibles aux PA en période de détresse et de crise.</p>
Forces et limites	<p><b>FORCES :</b> la qualité et la crédibilité de l'étude ont été améliorées grâce à la triangulation des sources et des analystes dans la collecte et l'analyse des données.</p> <p>le guide se base sur plusieurs sources</p> <p>les participants ont eu une 2<sup>ème</sup> entrevue pour exprimer l'histoire de vie. Cela a permis au premier auteur d'acquérir une compréhension plus profonde et un contexte</p> <p>l'analyse en triangulation permet un contrôle important sur la perception sélective potentielle et le biais d'interprétation aveugle</p> <p>un analyste supplémentaire (avec expérience vécue en santé mentale) a aidé à affiner l'analyse en mettant en évidence des thèmes et des nuances pertinentes qui auraient pu être négligées. Inclure une représentation de la population (PA) permet d'avoir un point de vue d'un initié, peut être illuminatif et offrir des possibilités d'approfondissement.</p> <p><b>LIMITES :</b> étude sortant d'une étude plus vaste</p>
Conséquences et recommandations	<p>Cette étude à relever 3 domaines de défis (environnement de travail, parcours professionnel et santé mentale personnelle). Dans l'ensemble, les résultats de l'étude peuvent guider la formation et le développement de l'emploi pour soutenir l'évolution des PA comme</p>

	modalité professionnelle dans le domaine de la santé mentale.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	clair Peu	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. <i>Community mental health journal</i> , 49(3), 281-291.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Oui, le titre est clair, il s'agit des défis ressentis par les PA rémunérés dans le système de santé mentale.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Tous les chapitres y sont, cependant, ils sont résumés de manière très synthétiques.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Il y a une description de la littérature déjà existante, mettre ça en dessous, les avantages/inconvénients des pairs-aidants (PA) sont exposés et la question de recherche est formulée clairement.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			Oui, les auteurs fournissent des explications détaillées en se basant sur de la littérature.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	On ressent l'approche du rétablissement, elle est très présente tout au long de l'article, surtout lors de résultats et de la discussion, cependant, il n'y a pas de concepts définis.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est évidente. Les hypothèses peuvent être facilement mises en évidence Le but de la recherche est également précis, il est d'en sortir un



					cadre conceptuel.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Oui, c'est un devis exploratoire avec méthode mixte
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Nous savons d'où ils viennent, de quel public cible il s'agit
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Elle est basée sur l'étude plus élargie, cependant, nous l'avons trouvée petite pour permettre une généralisation
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu Clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Des interviews semi-structurées et un questionnaire ont été effectuées.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?			X	Les variables à analysées ne sont pas explicitées dans le texte. Les auteurs nous disent qu'une phase de récolte des données est in questionnaire, mais ils ne nous disent pas plus.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	X			Les dates de recueil de données sont explicitées, la manière dont l'analyse est faite est explicitée.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	X			Il y a un chapitre sur la rigueur tenue par les auteurs, une approbation éthiques et consentement éclairé

<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Il y en a peu, des moyennes Elles sont peu présentes, il y a des moyennes pour clarifier l'échantillon et des pourcentages pour clarifier le tableau des résultats (table 2)
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le chapitre résultats est partagé en chapitre puis en sous-chapitres qui correspondent aux catégories puis, aux sous-catégories de résultats. Un tableau résume toute les catégories et sous catégories présentent et nous permet de garder un fil rouge lors de la lecture des résultats qui nous sont présenté de façon optimale et agréable à la lecture. Le texte est compréhensible.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés —en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	X			Comme c'est le rétablissement, oui tout les résultats sont mis en lien avec celui-ci, surtout lors de la discussion.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Ils sont surtout mis en lien avec l'étude précédement réalisé.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucune limite de l'étude n'est vraisemblablement explicitées. Les chercheurs porte un regard très positif envers leur travail.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X		Cependant, nous pensons pas possible de généraliser les résultats car c'est qu'une partie d'une étude plus vaste.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Ils démontrent une importance des défis à relever et proposent des solutions à envisager pour l'avenir de la profession de PA
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			X	Ils suggèrent de poursuivre la recherche des défis dans le domaine du travail, et à travers tous les défis qu'ils exposent lors de la discussion on peut y interpréter des recommandations

<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			La structure est propre et l'article est agréable à lire.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. <i>Journal of Mental Health</i> , 25(1), 78-86.
Introduction de Problème recherche	<p>Les pairs-aidants (PA) sont des personnes qui ont eu une maladie mentale qui reçoivent ou ont reçu un traitement des services de psychiatrie et maintenant proposent leur aide à d'autres personnes malades. Cette profession a beaucoup évolué et est une alternative de la médecine traditionnelle. Aujourd'hui, le rôle du PA n'est pas clairement défini. En effet, des partenariats de collaboration se font avec les services généraux, cependant, il n'est pas clair sur le plan opérationnel de ce que constitue le soutien fourni par les pairs. Définir la nature de la signification du soutien par les pairs pour les consommateurs de soins de santé mentale est une tâche difficile, principalement parce que l'un des éléments déterminants de l'approche du soutien par les pairs est la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins des gens et leurs intérêts. Cette diversité a ses inconvénients, comme comprendre qui est vraiment le PA et ce qu'il fait concrètement.</p>
Recension des écrits	<p>Le rôle de PA a été reconnu comme une bonne pratique. Les défis relevés dans la littérature par les auteurs (sont un manque de clarté dans le rôle, une charge de travail excessive, un manque de supervision et la préoccupation sur la confidentialité. C'est pour ses raisons qu'il est recommandé de standardiser cette profession et de proposer une formation. Les aspects positifs apportés par cette pratique sur les patients sont un support social, une intégration dans la communauté, un empowerment personnel, une bonne qualité de vie, etc.</p> <p>Par contre, l'implication des PA au sein de la communauté change l'organisation du système sanitaire ( planning, éducation, revendication, recherches). Les PA sont utiles pour fournir un environnement sécurisé, positif et bienveillant, un endroit où pouvoir échanger avec d'autres personnes. Des résultats issues des précédentes recherches des propres auteurs de l'article menées dans le nord-est de l'Ontario démontrent des résultats positifs pour les utilisateurs des services de pairs.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Description du travail de PA développé par Jacobson et al.

Question de recherche/buts	de	<p>Question de recherche : Quelles sont les connaissances sur les PA dans le nord-est de l'Ontario (CA) et pourquoi ne sont-ils pas mieux intégrés au sein des services de psychiatrie générale ?</p> <p>Buts : Dans cette étude le but des chercheurs est d'élargir la portée sur les PA en faisant mieux connaître et comprendre le soutien par les pairs et leur intégration dans les services de bases. Dans leur étude précédente, les chercheurs n'ont pas pu relever assez spécifiquement les services fournis par les PA.</p>
Méthodes	de	Devis qualitatif et mixte. exploratoire
Population, échantillon contexte	et	<p>Phase 1 : 51 PA en psychiatrie dans le nord-est de l'Ontario</p> <p>Phase 2 : 33 personnes venant du Native Friendship Centers ou des services de psychiatrie générale</p> <p>Phase 3 : échantillon de départ + participants à l'étude</p>
Méthode de collecte des données	de	<p><b>Phase 1</b> : Les chercheurs ont voulu répondre à la question suivante : « Qui sont les PA dans l'Ontario et que font-ils ? » Pour ce faire, ils ont construit un questionnaire sur la base de la description du travail générale par Jacobson et al (2012). Ce questionnaire a été envoyé par e-mail à une base de données de 300 consommateurs et partenaires en santé mentale qui par la suite a été transmis en effet « boule de neige ». Il est basé sur un savoir expérientiel et de la littérature, avec des thèmes comme les fonctions et responsabilités et le niveau de satisfaction.</p> <p><b>Phase 2</b> : (4 groupes de PA provenant du programme PA, Native Friendship Centers ou des services de psychiatrie générale)</p> <p>Quatre groupes de discussion ont été organisés afin d'explorer les résultats de l'enquête de manière plus approfondie. Les participants de ces groupes étaient des PA provenant du programme de PA ainsi que des bénéficiaires de soins, Native Friendship Centers ou des services de psychiatrie générale. Des enregistrements et transcription des échanges en groupe ont été réalisés</p> <p><b>Phase 3</b> : Elaboration d'un questionnaire pour envoyer aux participants (nouveau questionnaire) en raison de l'étendue géographique de l'étude et afin de confirmer les résultats trouvés dans les 2 autres phases.</p>
Déroulement de l'étude	de	<p><b>Phase 1</b> : 51 personnes ont répondu au mail envoyé. Ils ont dû répondre à la question Qu'est-ce-qu'un PA dans le nord-est de l'Ontario et que fait-il ?</p> <p><b>Phase 2</b> : Les discussions ont été centrées sur la façon dont les participants ont défini le rôle du travail de soutien par les pairs et la façon dont les PA sont intégrés dans les services de santé mentale ordinaires.</p> <p><b>Phase 3</b> : un questionnaire a été établi après analyse des résultats. Un résumé des recherches a été élaboré et distribué grâce à la base</p>

	de donnée d'e-mail. Afin d'avoir un regard de la part des PA, savoir s'ils sont d'accord avec les principaux thèmes.
Considérations éthiques	Participation anonyme, chacun a reçu un code pour garder l'anonymat. Une approbation éthique a été reçue par le Health Sciences North Ethics Committee. Tous les participants ont reçu une lettre avec les risques et les bénéfices de la participation ainsi que comment les informations récoltées seront prises en compte.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données était un processus itératif et ouvert généré par induction à partir des données brutes. Elles s'est faite, sur la base des questions posées dans les focus groupes, les résultats des discours obtenus par les participants ont été catégorisés par thèmes. Les thèmes aident à rendre explicite les PA et les défis auxquels ils sont confrontés, tels que l'intégration au sein des services de santé mentale du nord-est de l'Ontario.
Présentation des résultats	<p>Les résultats de l'enquête sont basés sur les réponses des <b>51 PA</b>.</p> <p><u>Qui sont les PA dans le nord-est de l'Ontario ?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>67% sont des PA de plus de 40ans.</li> <li>65% sont des femmes</li> <li>85% sont caucasiens (blanc)</li> <li>60% ont obtenu un diplôme universitaire ou au collège</li> <li>27% autre ont étudié à l'université ou au collège</li> <li>60% ont suivi une formation de PA, entre 1 semaine à un mois</li> </ul> <p>=&gt; la main d'œuvre des PA est plus instruite que la moyenne du nord-est de l'Ontario (42.83% high school)</p> <p><u>Où travaillent-ils ?</u></p> <p>Principalement dans les zones urbaines, aux alentours des grandes villes. 7% venaient de zones rurales (moins de 10000 habitants). Les PA rémunérés sont principalement dans les associations (CSI). Les PA travaillant dans un service de psychiatrie étaient axés plutôt sur le traitement communautaire.</p> <p><u>Que font les PA ?</u></p>

Majoritairement des activités indirectes : communication et travail en collaboration, documentation, entretien avec les équipes, envoyer/recevoir e-mail/téléphone, formation. Cependant des activités directes sont aussi identifiées : partager et discuter des expériences communes avec les clients, participer aux formations, communication et travail en collaboration, établir et maintenir une relation avec les clients, aider le clients à atteindre ses objectifs et travailler ensemble.

#### Quel est le niveau d'intégration des PA dans les services de psychiatrie générale ?

Les auteurs constatent que 78 % des participants à l'enquête ont déterminé que leur travail devait être intégré dans les services généraux, souvent, très souvent ou tout le temps. Une constatation qui ne correspond pas à ce que les auteurs ont observés dans les pratiques quotidiennes. Afin d'aider à comprendre cet écart, la question a été soumise aux groupes de discussion en vue d'une exploration plus approfondie. Ce groupe est constitué de : 33 personnes (25PA, 8 bénéficiaires des soins), 17PA ont suivi une formation, 14PA sont rémunérés, 11PA sont volontaires. Il en est ressorti les catégories suivantes :

**Soutien authentique par les PA** : les PA sont décrits comme flexibles et ayant un caractère particulier. Leur travail est dirigé par les bénéficiaires de soins et les participants ont identifié cela comme étant l'essence même des PA. Les participants à l'enquête et aux groupes de discussion ont attribué les éléments suivants à l'authenticité du soutien par les pairs : s'inspirer de l'expérience vécue et de l'utilisation thérapeutique de soi, la réciprocité et la mutualité du travail des PA et la valeur du modèle de rôle. Les participants ont fait ressortir que le travail authentique de soutien par les pairs constituait une lacune dans le système de santé mentale et est la raison d'être de l'intégration générale de ceux-ci.

**S'inspirer de l'expérience vécue** : la philosophie des PA est de s'inspirer directement des expériences vécues et des expérience du patient avec un regard interne, de ce qui est aidant ou non. Les participants identifie que le travail des PA est de soutenir les personnes dans leur rétablissement sans le définir pour eux et en partageant leurs histoire et leurs expériences.

**Réciprocité** : il y a des bénéfices mutuels. Les participants disent que ça les aident à se maintenir en bonne santé. Le partage facilite le processus de guérison et reflète aux autres le possible rétablissement.

**Miroir de la société** : les participants ont reconnu l'importance qu'ont les PA pour donner de l'espoir.

#### Challenge/Défis des services de psychiatrie générale pour intégrer les PA

Malgré les avantages susmentionnés, il découle de nombreux défis qui ont été classés dans les catégories suivantes :

**Reconnaissance et valorisation** : les participants indentifie l'importance d'être reconnu et valorisé par l'équipe de psychiatrie. C'est le premier défi des PA, qui reconnaissent que l'acceptation au sein du système de santé conventionnel est incohérente, il n'y a pas de soutien.. Les participants ont relevé que la valeur de la formation et l'obtention de titre pourrait contribuer à une meilleure intégration. D'autres, craignent une surqualification, et d'être masqué en vertu de titres ou encore que leur travail change. Ils parlent également du défi de l'acceptation par le grand public.

**Formation et accréditation** : dans le système conventionnel, les diplômes sur le savoir sont davantage pris en compte que ceux basés sur

	<p>l'expérience vécue. Dans les zones rurales, la formation est incohérente voir inexistante, ceci peut expliquer l'absence de reconnaissance et de valorisation.</p> <p><b>Volontarisme</b> : perçu comme étant un moyen d'offrir un service dans la collectivité ainsi qu'une occupation au PA, le bénévolat est aujourd'hui le reflet d'un manque d'acceptation et de valorisation des PA et ainsi un obstacle à l'intégration. C'est un défi à une certaine évolution des PA. Et ainsi une question se pose sur la perte de volontarisme en raison de la formation standardisée.</p> <p><b>Autosoins</b> : où sont les limites personnelles des PA ? Il est important d'établir des limites claires et personnelles avec les bénéficiaires du service pour leur rétablissement (PA) et leur capacité d'aider. Puis le défi est aussi d'établir et maintenir les limites personnelles dans les endroits où il y a une compréhension limitée du rôle de PA, où il n'y a pas de PA ou dans les situations où l'étendue des tâches n'est pas fournie par un mentor. Dans l'études, les PA de la région urbaine qui avaient un réseau défini arrivait plus facilement à établir leurs limites. Les nouveau PA soulevaient aussi l'ambiguïté des limites dans leur travail.</p> <p><b>Burn-out</b>: conséquence des limites des autosoins. Représente un autre défi de l'évolution de cette profession. Les participants ont identifié un décalage entre leur formation et la nature du travail.</p> <p><b>Campagne et petite ville</b> : moins connu, visible, accepté, valorisé, accessible aux utilisateurs. Les limites sont floues ce qui augmente le risque d'épuisement professionnel. Ils ont peur de la divulgation à la société (j'y vais, je parle de moi, etc)</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette études démontre la situation actuelle au niveau national et international. L'importance de l'expérience vécue est fortement soutenue, la mutualité et le rôle de modèle sont des bénéfices. Le rôle des PA dans la capacité du système de santé mental à aborder les questions de rétablissement. Cependant, tout ne se reflète pas dans les rôles et responsabilités des PA du nord-est de l'Ontario. Il a été décrit une insatisfaction du travail des PA car ils passaient plus de temps à faire des tâches indirectes que d'aider leurs pairs au rétablissement. De plus, il a été décrit qu'il était plus facile d'avoir une relation entre PA et bénéficiaires s'il y avait d'autres sujets en commun (culture, religion, âge, sexe, valeurs, etc). Les relations étaient plus faciles si les 2 partenaires étaient prêt à fournir et recevoir du soutien et avaient pris de la distance avec leur situation propre dans le but de réfléchir ensemble à des solutions et non donner des conseils.</p> <p>Il faut favoriser la formation, la supervision et le soutien des pairs. Il est important d'avoir de la réciprocité, l'aide mutuelle au rétablissement. être PA procure des avantages : estime de soi, confiance, rétablissement personnel. Le travail du PA doit se trouver entre un ami et un professionnel. Cependant, il y a une difficulté de positionnement au sein de la fonction publique.</p> <p>La formation peut développer la capacité, le potentiel et l'organisation, le leadership.</p> <p>La main-d'œuvre par les PA dans les milieux de soins est mal comprise, sous-payés, discriminée.</p> <p>Il en sort que les PA ont peur de perdre la valeur du soutien si un processus de surprofessionnalisation est mis en place. Dans les petites villes, le risque est plus élevé pour un épuisement professionnel, des rôles flous, limites personnelles imprécises, moins de réseau de soutien</p>



Forces et limites	<p>Forces : Espace libre pour s'exprimer. Pas de réponse déjà faite. Questionnaire anonyme</p> <p>Limites : Etudes menées dans de petites villes et des villes rurales. Généraliser les résultats est difficile.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Recommandation : éducation -&gt; établissement d'une norme de formation, tenir compte des compétences et perspectives. Nécessité de créer un réseau de soutien pour s'assurer du bien-être des PA. Concernant les recherches futures, les auteurs veulent les axer sur l'emploi dans la fonction publique et sur le niveau d'emploi, ainsi que sur l'influence des titres, la stabilité de l'intégration et de l'authenticité.</p> <p>Conséquences : Intégration → PA valorise le système de soin ordinaire. Les services ordinaires ont une vague connaissance du rôle des PA. Incohérence des fonctionnements et des rôles.</p> <p>Les PA sont essentiels pour leur compassion, empathie, écoute, validation et espoir.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. <i>Journal of Mental Health</i> , 25(1), 78-86.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?			X	La population de l'étude est les pairs-aidant (PA), cependant elle n'est pas clairement explicité par moment et peut porter à confusion entre les PA et les bénéficiaire de soins. Aucun concepts n'est véritablement exprimé. Nous savons que l'étude sera basée sur les challenges et possibilité d'évolution de cette profession.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Tous les éléments sont expliqués en grande ligne.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			Le problème est bien explicité. Le contexte de l'étude est explicité (nord-est de l'Ontario)
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	X			L'introduction fait références à plusieurs autres études et/ou recherches plus ou moins récentes, dont la précédente recherche effectuée par les mêmes auteurs sur une thématiques similaires.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Aucun cadre théorique est explicité dans l'introduction, cependant, en lisant l'article, nous pouvons déduire que le concept de rétablissement est présent et que les auteurs se base sur la théorie de Jacobson et al pour décrire

					le rôle du PA
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	X			La fin de l'introduction, découle sur l'intitulé de la question de recherche, les buts y sont clairement formulés aussi
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une étude qualitative, exploratoire, séquentielle avec un design mixte. Cependant nous avons eu de la difficulté à justifier le devis mixte de cette étude. Les auteurs l'ont probablement énoncé en raison du questionnaire envoyé au participants en phase 3 de l'étude, mais aucun résultats du questionnaire n'est explicité dans l'étude.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Malgré la figure 1 et le texte, il est difficile de comprendre s'il y a que des PA ou aussi des personnes externes qui ont pu participer à cette étude. Les auteurs manque de clarté à ce sujet.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	Pour avoir un nombre exact, il a fallu comprendre la figure 1 (déduction) . Dans le texte, il n'était pas concrètement explicité le nombre de participant. Il est dure de trouver les détails de l'échantillon dans le texte car il se situe dans les résultats ce qui nous paraît pas adéquat et logique.  Dans le résumé un certain nombre de participant est indiqué cependant dans la figure 1, nous n'arrivons pas au même résultat et rien n'est expliqué dans le texte.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Le nombre de participant n'est pas justifié.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions e.</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Clair</b> <b>Peu</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits			X	Pas toutes les informations nous sont données. Il nous manque la période sur-laquelle la récolte de données a été faite. Les moyens sont explicités de

données instruments mesure	et de	clairement ?				manière claires.
		Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Questionnaires et entrevues, démontrent l'envie du devis mixte.
Déroulement de l'étude		La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			X	La phase 1 est bien explicité. Concernant la phase 2, dans un premier temps il est difficile de comprendre qui sont concrètement les membres de la discussion, on le comprend et découvre mieux dans les résultats ce qui n'est pas agréable lors de la lecture. Cependant, la phase 3 est plus difficile à comprendre à qui le questionnaire et les feedback sont envoyés et pour quelle raison.
Considérations éthiques		A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	X			L'anonymat de l'échantillon a été respecté grâce à un système de codage. La recherche a été validée par un comité d'éthique (Health Sciences North Ethics Comitee)
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données		Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?			X	Un tableau récapitulatif des résultats quantitatif est présent. Cependant, il n'est pas expliqué. Nous n'arrivons pas à comprendre à quoi correspondent les chiffres et interpréter ceux-ci. Ce qui est problématique
Présentation des résultats		Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les données ont pu être récoltées et analysées. Il en découle des profils descriptifs du PA ainsi que des catégories de thèmes qui démontre le niveau et les challenges de l'intégration- Les synthèses des catégories est compréhensible et les verbatims des participants sont explicités. La figure 3 nous donne des données épidémiologiques et le tableau 1 nous donne les activités les plus exercées et satisfaisantes par les PA.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats		Les principaux résultats sont-ils interprétés à—en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			X	Ce n'est pas explicité. Cependant, les thématiques abordées dans les résultats sont principalement en lien avec les rôles du PA,
		Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Les résultats sont principalement comparé à des études antérieures, et principalement par l'étude effectué par les mêmes auteurs.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Elles sont explicitées dans un paragraphe
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Oui cependant, il est difficile de transférer les résultats car l'étude a été faite sur un vaste territoire et dans des petites villes. Ceci n'est pas généralisable dans la pratique.
	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			les auteurs démontrent que les résultats obtenus peuvent être contrariés par les recommandations proposées par après.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			Plusieurs recommandations sont mentionnées pour intégrer les PA dans la pratique professionnelle, et des idées de recherches futures sont énoncées
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Il est lisible. Les chapitres sont adéquats. Cependant des éléments ne sont pas exposés judicieusement pour sa bonne compréhension comme les explications sur l'échantillon. Nous voyons les sous chapitres et à quoi est référencé les tableaux, sauf le tableau 1.
Commentaires :	Le plus compliqué dans cet article est l'échantillon et la manière dont les données ont été récoltées. Cependant l'article répond à sa question de départ et est très concret. Quelques mots de vocabulaire sont plus compliqués comme les structures existantes au Canada, à quoi font-elles références ?				

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche qualitative**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... & Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 42(6), 682-694.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Cette article évalue et compare l'introduction des pairs travailleurs dans le cadre de l'application de la loi du secteur non-gouvernementale et des partenariats organisationnels. Cette étude cherche aussi à savoir à travers un aperçu empirique si les conditions qui soutiennent le rôle des pairs travailleurs sont communes à tous les contextes organisationnels.</p> <p>Définition d'un pair-aidant (PA) : Personnes ayant une expérience personnelle en santé mentale, ils utilisent leurs problèmes de santé ultérieurs, leurs expériences afin de soutenir les autres. Ils sont introduits dans le domaine de la santé mentale dans un certain nombre de pays anglophones</p>
Recension des écrits	<p><b>Contexte politique :</b></p> <p>Tout d'abord, les auteurs se base sur le Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS) qui dit que les PA constituent un élément important dans la fourniture par un État de traitement efficace surtout dans le cadre des toxicomanies. Par la suite, ils se basent sur des données récentes (2011,2012.2013) de différents pays (Nouvelle-Zélande, Australie, Canada, UK) pour continuer d'introduire le sujet. A travers ces données il est mis en évidence que les PA réduise les risques de rechute et amène les gens vers la résilience, la valeur de la profession est également mis en avant dans différents pays à travers des chartes, des formations et des politiques de santé.</p> <p><b>Base de données probantes actuelles :</b></p> <p>Lors de la recension des écrits les auteurs ont trouvés un grand nombre d'études qualitatives récentes qui démontrent les avantages de l'introduction de PA dans les services. Notamment, l'amélioration de la qualité de vie, de l'indépendance, de l'autonomie et de l'autonomisation. Ils ont aussi recensé un certain nombre d'études quantitatives qui font état d'une réduction des taux de réadmission (Davidson et al. 2006, Lawn et al. 2008) et d'une tenue communautaire plus longue (Min et al. 2007). Sur la base de ces éléments de preuve et d'études pilotes similaires, des affirmations ont été faites concernant les économies de coûts liées à l'emploi de travailleurs pairs.(Trachtenberg et al. 2013).</p>

		<p><b>Développement des rôles, intégration et orientation :</b></p> <p>Tout un paragraphe est axé sur l'introduction du nouveaux rôles de PT dans les institutions, les auteurs font référence à plusieurs études/recherches dans différents pays pour expliquer cette problématique. Il en ressort qu'il faut établir des lignes directrices à l'appui de l'intégration de nouveaux rôles. Les résultats suggèrent également que des limites claires de ce qui est et de ce qui n'est pas attendu du rôle facilite une répartition appropriée des tâches entre les pairs et le personnel non pair. D'autres études ont suggéré que la clarté de la description de travail (Kemp et Henderson 2012), l'accès à la formation, l'accès au soutien appropriés (Tse et al. 2013), la préparation et la formation de l'équipe qui travaillera aux côtés des pairs travailleurs (Stewart et al. 2008), est un soutien stratégique bien signalé pour les pairs. Plusieurs programme d'étude ont été mis en place afin d'évaluer la place de ce « nouveau rôle à acquérir.</p>
Cadre théorique ou conceptuel		Documentation empirique. On peut supposer que le cadre conceptuel se base sur l'intégration et la théorie des rôles et le statut.
Question de recherche/buts		<p><b>Question de recherche :</b> Est-ce que les conditions organisationnels sont déterminantes dans la mise en œuvre d'un nouveau rôle de PT dans toutes les institution prestataires de santé mentale ?</p> <p><b>But :</b> Dans cette étude le but est de voir si les conditions organisationnelles qui soutiennent les nouveaux rôles de PT en Angleterre s'appliquent à l'ensemble du pays ou si des questions d'intégration de ce rôle sont propres à des contextes organisationnels particuliers.</p>
Méthodes de Devis recherche		Une étude de cas qualitative et comparative entre l'introduction des pairs travailleurs employés au sein de 10 sites de santé mentale différents, dans le cadre de l'application de la loi, le secteur non-gouvernementale et les partenariats organisationnels (Table 1, p.684)
Population, échantillon et contexte		Sur chaque site, environ deux travailleurs pairs, deux patients (bénéficiaires de services de santé mentale), deux membres de l'équipe de santé mentale qui ne travaille pas dans un rôle de pair, deux chefs d'équipes(managers) et deux gestionnaires stratégiques ont été interviewés. Les participants ont été choisis par un membre de l'équipe de recherche ainsi que le chef de projet à chaque site, afin de fournir des données diversifiées du rôle de pair travailleur. (Creswell 2013). Au départ, les auteurs avaient peur que l'approche produise un échantillon biaisé. Les chercheurs ont passé du temps sur chaque site pour discuter du projet et le recrutement à été fait avec des chefs de projet ce qui à rendu un échantillon de participants avec un large éventail de points de vue, parfois critiques, comme on peut le voir dans la section résultats. Les caractéristiques de <b>l'échantillon total de 91</b> participants sont présentés dans le tableau 2, p.685.
Méthode de collecte des données		Les chercheurs ont récolté les données l'aide d'un calendrier d'entretiens (interview) structurés pour chaque participants à l'étude et sur chaque site. Ces entrevues ont été élaboré en fonction de :

	<p>(1) la documentation empirique citée ci-dessus</p> <p>(2) l'expertise des auteurs dans la recherche, l'élaboration et la prestation d'interventions fondées sur les pairs</p> <p>(3) quatre discussions de groupe avec les membres d'un groupe de référence de recherche sur les utilisateurs de services au site de recherche principal. Ainsi que trois autres discussions de groupe avec les utilisateurs des services, les pairs travailleurs, les professionnels de la santé mentale, les gestionnaires (des secteurs gouvernementale et non-gouvernementale) et les universitaires qui composaient le projet afin d'affiner le calendrier pour plus de clarté, d'améliorer la qualité de l'information et d'assurer la couverture des questions pertinentes.</p> <p>Au final, 40 items ont été organisé en six domaines :</p> <p>le recrutement</p> <p>la description de l'emploi, de la formation et du cheminement de carrière</p> <p>Les attentes à l'égard du rôle</p> <p>Les pairs travailleurs et la diversité</p> <p>La supervision, l'entraînement et le soutien</p> <p>Le travail d'équipe et la gestion d'équipe</p> <p>Le soutien stratégique.</p> <p>Le domaine des pairs travailleurs et de la diversité a été ajouté lors de l'étape ultérieure de la discussion de groupe, étant donné qu'il manquait largement ce domaine dans la littérature existante. Chaque domaine comprenait un nombre d'énoncés décrivant les activités, l'organisation et les conditions qui pourraient favoriser l'introduction de l'approche par les pairs. Comme les différents rôles des travailleurs (par exemple : Recrutement des pairs travailleurs par le biais d'un processus de recrutement formel; travailleurs pairs qui reçoivent une formation spécialement conçue pour ce rôle).</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants ont été invités, par le biais d'une copie papier à répondre, pour (A) indiquer dans quelle mesure chaque élément s'appliquait dans leur cas (oui ; en partie ; non ; ne sais pas ; non pertinent), et (B) évaluer l'importance de cet élément de leur point de vue. (extrêmement important ; assez important ; pas très important, pas du tout important). Les participants ont également été invités à élargir verbalement leur réflexion et la raison d'être de leurs pensées. On leur a posé d'autres questions au sujet du "succès " et de " l'essence " du rôle de pair travailleur. Les entrevues ont été enregistrées numériquement et les réponses ont été retranscrites en profondeur, mot pour mot.</p>
Considérations éthiques	<p>Pas recensé</p>



<p><b>Résultats</b></p> <p>Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Les réponses aux questions structurées et aux données approfondies ont été d'abord analysés séparément, puis synthétisés.</p> <p>Les réponses aux questions structurées ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives, chaque pourcentages du total des réponses à été calculé dans chaque catégorie pour la question (A). Un score moyen sur une échelle de 1 (pas du tout important) à 4 (extrêmement important) pour la question (B) à été calculé.</p> <p>Les données approfondies ont été analysées à l'aide des méthodes suivantes : une approche thématique et un cadre complémentaire (Gillard et al. 2012) afin de produire un ensemble de catégories analytiques qui correspondaient en grande partie aux items du questionnaire individuel. Les analyses ont été synthétisées à l'aide de l'approche du « pattern matching »</p> <p>(Yin 2004). C'est-à-dire que le questionnaire articule un modèle particulier d'adoption du rôle des pairs travailleurs ; les conditions organisationnelles dans lesquelles les rôles des pairs travailleurs pourraient être introduits avec succès dans les services de santé mentale. Yin suggère que lorsqu'un modèle proposé est reproduit dans plusieurs cas, le modèle fournit une explication valable pour le phénomène étudié (Yin2004). Lorsque le modèle n'est pas reproduit dans des cas particuliers et que cette variation peut être prise en compte en fonction d'un ensemble prévisible de circonstances, alors des modèles explicatifs rivaux peuvent être développés de façon répétitive.</p> <p>Dans cette étude, les chercheurs ont été interpellés par la réplication des conditions d'organisation pour l'introduction des rôles des pairs travailleurs dans tous nos cas (c.-à-d, où les réponses au questionnaire étaient largement similaires d'un bout à l'autre du pays.) et lorsque des réponses spécifiques étaient évidentes, notamment dans le cas des contextes organisationnels (secteur gouvernementale ou secteur non-gouvernementale, ou partenariats organisationnels). Ils ont exploré les tendances des données au niveau organisationnel, contexte dans lequel ils ont entrepris la synthèse des analyses en cinq étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Sur la base de l'analyse des données structurées, ils ont retenus les éléments individuels identifiés, ou des groupes d'éléments d'un domaine particulier, qui ont soit confirmé leur proposition de modèle, soit qui ont été suggéré des modèles alternatifs</li> <li>(2) Ils ont identifié les catégories à partir de leur analyse des données approfondie qui étaient pertinentes à l'égard de la situation particulière de/des article(s) qu'ils considéraient</li> <li>(3) Ils ont identifiés les contextes organisationnels qu'ils voulaient afin de comparer et d'explorer les tendances émergentes</li> <li>(4) Ils ont utilisé un logiciel d'analyse qualitative pour rassembler des données approfondies de ces catégories dans chaque contexte organisationnel pertinent.</li> <li>(5) Lorsque le modèle suggéré par les données structurées était également évident dans les données approfondies, ils utilisaient les données approfondies afin d'élaborer un texte explicatif de la tendance émergente pour l'étude.</li> </ol> <p>Pour la présentation des résultats les auteurs ont procédé de la manière suivante :</p> <p>Ils ont répété le processus d'analyse en cinq étapes exliqué précédemment systématiquement pour toutes leurs données.</p>
--	---

	<p>Le récit des résultats est présenté en utilisant un exemple de citations tirées des données détaillées, qui a été produite initialement par un premier auteur, puis affiné de façon répétitive par tous les autres auteurs.</p> <p>Les citations ont été classé dans 4 catégories différentes :</p> <p>Problèmes courants dans les contextes organisationnels</p> <p>Les pairs dans le secteur gouvernemental</p> <p>Les pairs dans le secteur non-gouvernementale</p> <p>Les pairs dans les partenariats organisationnels</p> <p>Après chaque énoncé de catégorie un paragraphe explicatifs, résume les résultats, puis les citations se succèdent pour confirmer le résultat. Et ainsi de suite pour chaque catégorie..</p> <p>Les participants sont identifiés par type de site (STA = secteur gouvernementale; VOL = secteur non-gouvernementale; PAR = organisationnel</p> <p>partenariats) numérotés dans l'ordre où ils apparaissent dans le tableau 1, p. 685 et par rôle (PW = pairs-aidants <i>peer workers</i>; SU = utilisateur des services <i>service user</i> ; CW = collègue non-pair <i>non-peer, co-worker</i>; MA = chef d'équipe <i>team manager</i>; SM = gestionnaire stratégique <i>strategic manager</i>).</p>
Présentation des résultats	<p><b>Paragraphe résumant les résultats pour chaque catégorie :</b></p> <p><i>Enjeux communs à tous les contextes organisationnels</i></p> <p>Selon les participants, le processus de recrutement et l'offre de formation spécifique aux PA sont des éléments importants. Cependant, ce sont des points déjà largement mis en place. Les auteurs peuvent en ressortir un soutien organisationnel pour les initiatives d'introduction des PA, ainsi qu'une bonne adéquation de l'introduction des rôles du PA et les autres agendas organisationnels et stratégiques. → croyance aux principes de rétablissement donc favorisation du développement de la vision et de la stratégie.</p> <p>La question de professionnalisme était importante dans tous les contextes. Cependant, il n'avait pas la même définition partout.</p> <p>Dans le conxtexste non-gouvernementale, il était défini comme étant le fait de mieux faire. De plus, pour certains participants (dans différents contextes) le professionnalisme pourrait être associé à une formalisation excessive du rôle et ainsi diminuer les qualités fondamentales du rôle. Dans le contexte gouvernementale, le professionnalisme consiste à maintenir les frontières professionnelles sur le lieu de travail. La question de la gestion des frontières à été relevée comme importante. Cependant, elle ne signifie pas la même chose dans tous les contextes. <b>Dans le milieu public, le PA est employé comme membre multidisciplinaire donc il est évident que le maintien des frontières conventionnelles de type cliniques est important.</b> Dans le contexte bénévole ou de partenariat, il est évident que les rôles des PA représentent une occasion de</p>

remettre en question et de reconsidérer les limites du travail défini personnellement plutôt que par la profession.

*Les pairs dans le secteur gouvernementale (état) :*

Il y avait des défis spécifiques à l'emploi direct de pairs dans les organisations du secteur public. L'introduction de cette nouvelle façon de travailler dans de grandes organisations très structurées **et ayant des cultures de pratique bien développées a entraîné des tensions observables dans un manque relatif** d'attentes partagées du rôle des pairs travailleurs dans le secteur gouvernementale par rapport à d'autres contextes. La **clarté de la description** de travail ne répondait pas toujours à la question des attentes au sein des équipes. Les PA se voient attribuer des tâches qui selon eux ne font pas partie de leur cahier des charges. Dans le secteur public, les membres de l'équipe s'attendaient souvent à ce que le rôle de PA soit semblable sur le plan fonctionnel à leurs rôles. Ce qui pourraient entraîner un sentiment d'insécurité parmi le personnel soignant. De plus, les managers avaient la même pensée. Cependant, ils voyaient l'aspect de l'expérience vécues. Ainsi, les PA devaient suivre la même formation obligatoire que les autres membres du personnel, ainsi qu'une formation supplémentaire sur la façon de relier leur expérience vécue dans le cadre de leur rôle.

Dans ce secteur, on pourrait supposer un manque de soutien et de sensibilisation pour l'introduction des PA par l'établissement et la direction. Dans la gestion par les membres, il se peut qu'il ait une faible sensibilisation u rôle de PA et qu'ils n'aient pas les compétences nécessaires au soutien des PA.

Le roulement en psychiatrie, pourraient perturber le soutien cohérent pour l'introduction des rôle du PA.

Peu de preuve que la résistance à l'intégration des PA était le résultat d'attitudes stigmatisantes au sein de l'équipe. Cependant, la personne qui aide les PA à l'intégration dans les équipes peut jouer un rôle pour contrer cette résistance.

*Les pairs dans le secteur non-gouvernementale (bénévole) :*

Les rôles des pairs travailleurs avaient généralement été établis pour une plus longue durée dans le cas du secteur non-gouvernementale par rapport au secteur gouvernementale. Il y avait des preuves d'une compréhension solide et partagée du rôle des pairs travailleurs parmi les participants du secteur bénévole, souvent attribuée à une culture bien établie de soutien par les pairs qui s'est répandue au sein de l'organisation. Cependant, les attentes à l'égard des PA n'est pas toujours claires. Certains cherchent à aider les gens à développer des identités personnelles. Cela implique une confusion de rôle. De plus, il n'est pas toujours clair quel était le rôle spécifique de l'expérience vécue dans les organisations.

*Les pairs dans les partenariats organisationnels :*

Un ensemble particulier de questions a caractérisé l'introduction des pairs travailleurs dans le contexte de partenariats entre le secteur public, le secteur bénévole et les organisations partenaires du secteur bénévole ou de l'aide sociale. Employés par des organismes externes, les rôles des pairs travailleurs ont été vécus et décrits en contraste direct avec les rôles des employés du secteur public (professionnels de la santé mentale et travailleurs de soutien) au sein de l'établissement.

La relation devraient être construite dans un premier temps sur un lien fondé sur une expérience vécue commune, par la suite cerner les défis

	<p>auxquels l'usager du service faisait face avant de servir de modèle. Le caractère distinctif des PA dans les organisation partenaires peut être bien apprécié par les équipes. Cependant, des défis de travailler avec des systèmes organisationnels contrastés ont été reconnus, au moins au début. Désirs des cadres supérieurs d'aborder la question du conflit de culture organisationnelle afin de s'assurer que le caractère distinctif du PA ne soit pas perdu.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Cette analyse suggère qu'un bon nombre des problèmes structurels liés à l'intégration des PA sont importants -des procédures de recrutement, de la formation axée sur les rôles et le soutien stratégique qui est également évidentes dans les services de santé mentale à travers les contextes organisationnels. De plus, les auteurs ont constatés que certaines des questions jugées très importantes dans les contextes organisationnels étaient, comprises différemment dans différents contextes organisationnels lors de l'analyse des données approfondies.</p> <p>Par exemple, alors qu'il était largement considéré comme important que les pairs-travailleurs travaillent selon des normes professionnelles élevées, il y avait une certaine antipathie ainsi que des cas de volontariat et de partenariat, la «surprofessionnalisation» est en quelque sorte une atteinte à la qualité de base des pairs.</p> <p>Cela contrastait fortement avec l'opinion exprimée par d'autres voix dans des affaires relevant du droit des rôles de pair aidant qui devaient se conformer à un professionnalisme qui a été largement défini comme le maintien des limites professionnelles. Notamment, <b>les limites, tout en étant considérées comme importantes dans les cas où il est entendu ici comme déterminé personnellement, plutôt que défini professionnellement, permettant aux pairs de prendre le contrôle de l'exploration de leurs expériences vécues partagées avec les personnes qu'ils soutenaient.</b></p> <p>Les auteurs ne sont pas surpris d'avoir trouver des attentes différentes du rôle des PA selon les organisations et les contextes. Dans le secteur gouvernemental les attentes de la direction, des pairs travailleurs et des collègues professionnels était que le rôle du pair-travailleur serait similaire aux rôles existants en matière de soins de santé dans la fonction de pairs. Cependant, <b>les PT apporterait une dimension supplémentaire au rôle par le biais de la narration guidée de leurs histoires personnelles</b> dans leur travail. Cependant, ce partage de l'expérience vécue pourrait <b>être sapée à la fois par un l'exigence de maintenir des limites de type clinique dans le partage</b>. L'expérience personnelle peut-être un défaut de tâche générique où alors les institution ne s'attendaient pas à ce que le pair travailleur le fasse. En tant que tel, le caractère distinctif du rôle de pair travailleur dans les cas du secteur gouvernementale <b>pourrait être dilué par les attentes contraignantes du rôle.</b></p> <p>Comme les auteurs l'ont déjà mentionné, il a été démontré que l'absence de caractère distinctif d'un nouveau rôle par rapport aux rôles existants au sein de l'équipe atténue l'adoption d'un rôle réussi (Dierdorff et Morgeson 2007). De plus, cette littérature plus large montre également que lorsqu'un nouveau rôle est perçu comme violant la compétence d'un groupe professionnel existant, on <b>peut se heurter à une résistance à ce nouveau rôle</b> (Currie et al. 2009).</p> <p>Les données récoltées par les chercheurs suggèrent qu'une telle résistance <b>pourrait être largement symptomatique d'une mise en œuvre précoce et d'un manque de sensibilisation de la main-d'œuvre existante au nouveau rôle, plutôt qu'une méfiance explicite ou une stigmatisation des pairs travailleurs par d'autres membres de l'équipe.</b> En effet, les pairs travailleurs pourraient être <b>des agents puissants</b></p>

	<p><b>pour établir la confiance et remettre en cause attitudes stigmatisantes au sein des équipes.</b> Néanmoins, le fait que, dans le secteur légal, <b>les rôles des pairs travailleurs semblent avoir été conçus comme étant fonctionnellement similaires aux autres (non pairs)</b>, les rôles au sein d'une même équipe peuvent <b>limiter les chances de succès lors de l'introduction du rôle.</b></p> <p>Dans les cas du secteur non-gouvernementale et communautaire, il y avait un fort grâce à une éthique de soutien par les pairs qui passait par l'organisation. Il semblerait que le maintien du caractère distinctif des rôles pourrait être plus facile à réaliser lorsque les pairs sont introduits dans des rôles complets qui fonctionnent aux côtés de l'équipe existante, plutôt que d'assumer un rôle de «remplacement» au sein de l'équipe. <b>Dans ces partenariats, il est nécessaire, que les pairs négocient une identité complexe qui n'est ni être le personnel, ni être l'utilisateur</b> (Gillard et al., 2013) et se sentent «lésés» par l'équipe professionnelle.</p> <p>Dans le contexte du <b>partenariat</b>, les pairs travailleurs, employés en dehors de l'organisation d'accueil, étaient capables <b>d'apporter du pouvoir sous la forme d'une façon distinctive de travailler dans l'environnement. Ils ont utilisé leur vie pour établir des relations basées sur des expériences partagées, communiquer ouvertement avec les utilisateurs de services</b></p>
Forces et limites	<p><b>Limites :</b></p> <p>En tant que limite de cette étude, les chercheurs n'ont pas inclus les organisations du secteur privé (à but lucratif). De plus, il leur manquait des cas qui comprenaient de grands fournisseurs de services de santé mentale du secteur non-gouvernementale et communautaire, dirigés par des professionnels. En tant que tel, leurs résultats n'incluent pas la gamme complète des types d'organisation qui constituent généralement une économie de fournisseur mixte.</p> <p><b>Forces :</b></p> <p>L'une des forces de cette étude était la méthode robuste et mixte que les chercheurs ont appliqués à l'approche de l'appariement de modèles pour l'analyse croisée (Yin 2004). En raison de la nature structurée de leurs données, ils ont pu faire des comparaisons directes entre différents contextes organisationnels. Les similitudes apparentes entre les cas et les différences dans leurs données structurées ont été systématiquement triangulées avec des données approfondies. Ils apportent des comparaisons dans les données structurées et il y avait plusieurs sources de triangulation dans les données approfondies, généralement dans plus d'un cas et plus d'un type de participant. Les conclusions qu'ils tirent découlent donc d'une synthèse robuste entre les ensembles de données (Patton 1990).</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Conséquences :</b></p> <p>D'abord, cette étude a confirmé l'importance, des attentes partagées du rôle de travailleur; que lorsque ces attentes partagées ne sont pas place, au sein des équipes et entre les organisations, il existe un risque que les qualités essentielles du rôle se diluent, et son impact également. Pour minimiser ce risque, les organisations qui envisagent d'introduire des rôles de pairs travailleurs pour la première fois serait avisée de s'assurer que le service, le personnel d'exécution et le personnel d'encadrement à tous les niveaux de l'organisation soient pleinement engagés dans le processus d'élaboration des rôles. Les enjeux de la professionnalisation et la nature de la pratique étaient des sujets de tension. Ce document soulève des questions importantes qui ont un impact sur les décisions de planification et de mise en service autour de l'introduction des nouveaux rôles de pair-travailleur.</p>

	<p><b>Recommandations:</b> Le rôle des pairs est-il le mieux soutenu par un corps de pratique quasi-professionnel qui a une autorité au niveau d'un système national - comme aux États-Unis – ou par une approche plus souple, fondée sur les valeurs et les qualités essentielles du soutien par les pairs qui sous-tendent le rôle?</p> <p>Des recherches plus poussées sont nécessaires pour déterminer si la façon dont les guides de pratique officiels et les énoncés de normes impact à la fois sur la pratique du travail par les pairs et sur les activités subséquentes afin d'affiner les résultats pour les pairs travailleurs et les personnes qu'ils soutiennent. Proposer une étude longitudinale pour faire suite et suivre la manière dont les établissements réagissent à ces défis de mise en œuvre au fil du temps.</p>
Commentaires	L'étude est complète et très fournie. Elle va dans les détails surtout pour la discussion et les résultats.

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... & Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 42(6), 682-694.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Les concepts d'intégration et de rôle sont présent, le type d'étude est énoncé, le contexte aussi.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Le problème de recherche est énoncé, la méthode aussi, les résultats sont résumés en deux lignes, cependant la discussion n'est pas forcément résumée pour moi.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Oui le problème de recherche est formulé et introduit.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Oui la recension des écrits est complète pour ma part, il y a un paragraphe sur les bases de données probantes et actuelles puis un autre sur le développement des rôles, l'intégration et l'orientation.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		X		Dans l'introduction, on nous dit pas sur quoi ils se sont basés. Cependant, pour faire le questionnaire de l'interview, ils se sont basés sur différents concepts et philosophies (chapitre récolte des données)
<b>Question de recherche/buts</b>	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est clairement expliqué et la question de recherche peut être déduite à partir du but et des explications précédentes.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Dans la méthode, on nous dit que c'est une étude de cas comparative. Cependant, dans les forces, les auteurs nous font part d'un devis mixte. Mais pour notre part, nous ne trouvons pas dans le texte où sont les résultats quantitatifs (questionnaire)
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problemème à l'étude ?	X			Oui les auteurs avaient besoin de plusieurs opinions d'horizons différents et de professionnels différents, c'est pourquoi je trouve que la méthode d'entrevues reste la meilleure même si elle est complexe à analyser par la suite.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui les auteurs nous expliquent d'où vient la population et le type de personnes interrogées dans chaque institution. Dans le tableau 1 toutes les institutions sont citées
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Oui, le tableau 2 définit très précisément la population (origines, âge, sexe...)
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Cependant, les auteurs de la recherche disent avoir réalisé des interviews mais pour nous, on comprend qu'ils ont fait des questionnaires et ils ont invités les participants à élargir leurs réponses lors d'une entrevue qui elle est retranscrite mot à mot. De plus, Il nous manque le lieu, on peut le supposer et les dates de recueil de données.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Oui les auteurs nous expliquent les différents types de questions posés aux participants les choix de réponses qu'ils pouvaient avoir et le fait qu'ils étaient invités à élargir leur réponse, grâce à des entrevues.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants		X		Peut-être ont-elles été prises cependant je n'ai pas trouvé un endroit dans l'étude où les auteurs ont explicités avoir pris ces précautions.



	(éthique) ?				Cependant, ils ont codé les verbatims donc cela démontre une envie de respect éthiques mais il n'y a pas d'approbation d'un comité
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Oui, abondamment détaillé, et structuré par catégorie d'institution et pour chaque catégorie des extraits d'entrevues ont été cités. Cependant, si la récolte a été faite avec un questionnaire (comme nous l'avons compris), il nous manquerait les résultats des données numériques.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			La synthèse des résultats a été faite par un auteur mais par la suite, tous les auteurs ont recontrôlé. Cependant, est-ce scientifique.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Oui la présentation des résultats est claire et structurées à mon goût, elle contient quasiment que des Verbatim pour corroborer les résultats.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?			X	Les résultats sont présentés dans l'ordre des institutions, il y a une suite logique entre les thèmes.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Oui, uniquement par des experts, il a procédé à des analyses de données approfondies
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Oui, la discussion est longue et détaillée, des corrélations sont effectuées avec des études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Oui
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Les conséquences pour l'avenir sont explicitées et des recommandations de recherches plus approfondies suite à une questions ultérieures pour une prochaine recherche sont énoncés.

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'articles est bien structuré en paragraphe distincts et se prête bien à une analyse.
Commentaires :	Personnellement, j'ai trouvé la discussion beaucoup trop détaillée et longue et je m'y suis un peu perdue. Cependant le reste de l'article était clair et structuré.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 34(3), 293-306.
Introduction Problème de recherche	L'ajout des PA dans les organismes n'est pas passé inaperçu. Les efforts actuels sont comme ceux des années 1960-1970 des travailleurs sociaux. Malgré au passage à une perspective de rétablissement, de nombreux organismes font face à des défis dans la mise en pratique. De plus, les organismes sont souvent indifférents ou hostiles à la présence de PA
Recension des écrits	Les auteurs se sont basés sur plusieurs recherches, notamment des essais cliniques comparatifs randomisés qui ont démontré que les services fournis par les PA ont un impact sur les résultats positifs des patients. Des données probantes à l'appui de leur efficacité ont principalement émergé d'études descriptives. En voici quelques exemples : Les consommateurs qui reçoivent des services fournis par des pairs sont moins fréquemment hospitalisés, ils utilisent moins de services de crise, ils réduisent leur consommation de drogues et d'alcool, et ont de meilleurs résultats sur le plan de l'emploi, du fonctionnement social et de la qualité de vie que ceux qui ne reçoivent que des services professionnels (Armstrong et coll., 1995 ; Besio et Mahler, 1993 ; Klien, Cnaan et Whitecraft, 1998 ; Felton et coll., 1995). De plus, le soutien par les pairs peut stabiliser la participation au traitement en aidant à contrer le sentiment de solitude, de rejet, de discrimination et/ou de frustration que les consommateurs peuvent ressentir lorsqu'ils traitent avec le système de santé mentale Les pairs peuvent bénéficier du soutien social des usagers et des professionnels non-pairs. De plus, les PA ont un sentiment d'autoefficacité et un but dans la vie. Par la suite, les auteurs nous donnent des informations historiques liées à cette profession. De nombreux organismes ne parviennent pas à mettre en œuvre les changements nécessaires en vue d'une perspective de rétablissement et sont souvent indifférents ou hostiles à la présence des pairs. <b>Dans l'introduction, les auteurs nous exposent les problèmes spécifiques déjà connus qui entravent l'intégration optimale comme : L'attitudes à l'égard du rétablissement chez le personnel non pair, la stigmatisation, le conflit de rôles et la confusion, le manque de clarté quant à la confidentialité, l'emploi par les pairs mal définis, le manque de possibilités de réseau et de soutien.</b>
Cadre théorique ou conceptuel	<b>Le rétablissement</b> , qui est expliqué en se basant sur diverses références d'auteurs comme étant une perspective émergente qui permet de guider le service, les programmes et les approches de traitement pour les patients des troubles mentaux avancés et récurrents. Grâce à ce concept, les services ont pour objectif d'insuffler l'espoir et de soutenir les consommateurs dans leurs prises de décision.

Question de recherche/buts	<p><b>Question de recherche :</b> Quelles politiques procédures et structures peuvent être mises en place pour soutenir la contribution des pairs au système de services de santé mentale ?</p> <p><b>Buts :</b> Le but de cet article est de générer une compréhension approfondie des circonstances qui permettent aux pairs d'être efficaces dans leurs rôles désignés et de mieux s'intégrer dans l'organisation. La présente étude a pour objectif d'exposer les résultats d'une recherche qui a exploré les stratégies en milieu de travail pour aider les prestataires de soins de santé mentale à améliorer l'intégration des pairs-aidants (PA) au sein de leur équipe de soins afin que la contribution des PA au rétablissement puisse être réalisée de manière optimale.</p>
Méthodes de Devis de recherche	Une approche qualitative et multiméthode
Population, échantillon et contexte	<p><b>Echantillon de l'agence :</b> 117 organismes étaient susceptibles de répondre aux critères de la recherche. Le seul critère d'inclusion était que l'agence fournisse des services de santé mentale. 46 agences de santé mentale ont été sélectionnées par hasard dans cette liste et sollicitées pour participer à l'étude. 27 d'entre elles ont été d'accord. Parmi celles-ci, 18 travaillaient avec des pairs, 4 n'avaient jamais employé de pairs et 5 avaient déjà employé des pairs, mais aucune d'entre elles ne travaillait pour le moment avec des PA. Un total de 93 personnes ont été interviewées (27 directeurs exécutifs, 18 membres du personnel des RH, 22 superviseurs et 26 employés ordinaires). Le total est inférieur aux 108 participants attendus parce que certains membres du personnel ont détenu plusieurs rôles ou une personne a refusé de participer, et la sélection d'un autre membre du personnel n'a pas été effectuée. Le tableau 1, p. 295 résume les caractéristiques de l'ensemble de l'échantillon.</p> <p><b>Échantillon de pairs :</b> Les pairs qui ont reçu une formation préalable par l'Institut du Howie the Harp Peer Advocacy Center ont été invités à participer à un groupe de discussion pour discuter de leurs expériences dans leur emploi actuel. Quinze se sont portés volontaires pour participer à l'un des deux groupes de discussion.</p>
Méthode de collecte des données	<p>Des ensembles distincts d'entrevues téléphoniques semi-structurées ont été élaborés pour les agences avec des PA et les agences sans PA. Chaque ensemble comprenait une entrevue pour les quatre catégories de répondants :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. le directeur exécutif,</li> <li>2. le représentant des RH,</li> <li>3. le superviseur</li> <li>4. le personnel hiérarchique.</li> </ol> <p>Il y avait donc un total de huit instruments d'entrevue. Toutes les entrevues couvraient un contenu similaire, mais étaient adaptées au rôle de l'organisme et du répondant. Des questions étaient posées sur les politiques de recrutement et d'embauche, sur les initiatives de gestion de l'invalidité (y compris la formation, le perfectionnement professionnel, le perfectionnement professionnel) et sur les pratiques d'accommodation. De plus, les répondants des agences travaillant avec des PA ou ayant travaillé avec ceux-ci dans le passé ont été interrogés sur les opérations et</p>

	<p>les politiques propres aux PA, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le recrutement des PA, le nombre de PA embauchés, les titres des postes occupés par les PA, les tâches et les responsabilités des PA, et si le travail était à temps plein ou à temps partiel.</li> <li>- la supervision des PA et le soutien fourni comme la formation, l'adaptation ou les mentors,</li> <li>- les questions de confidentialité, la divulgation, les conflits de rôles, la surcharge de travail ou l'ambiguïté des rôles.</li> </ul> <p>En moyenne, les entrevues ont duré une heure. Au cours de l'entrevue, l'intervieweur prenait des notes écrites pour garder une trace des réponses. Le recrutement a commencé en janvier 2004 et s'est terminé en septembre 2004. Les directeurs exécutifs ont été convoqués par les chercheurs et invités à participer aux activités de l'étude. Ces personnes ont été invités à participer au projet, leur participation était entièrement volontaire. Quatre intervieweurs (trois coordinateurs de l'étude et un stagiaire de deuxième année de maîtrise en travail social) ont été formés par l'Institut de recherche sur le travail social de l'Université d'Ottawa. pour mener les entrevues.</p> <p>On a demandé aux PA qui participaient aux groupes de discussion de quelle manière ils rendaient leur emploi sécuritaire, ce qu'impliquait leur emploi, ce qu'il fallait faire, comment ils perçoivent un emploi idéal pour les PA, comment se faisait la divulgation de l'information, ce qu'ils ressentaient à l'égard de leurs collègues de travail et de l'équipe, de la façon dont ils ont été traités et ce qu'ils changeraient. Les séances de discussion ont duré 90 minutes et étaient animées par les chercheurs</p>
Déroulement de l'étude	<p>Dans chaque agence, des entrevues ont été menées avec les représentants, le directeur exécutif (ou la personne qu'il désigne), la personne en charge du recrutement et de l'embauche (RH), d'un superviseur et d'un membre du personnel d'exécution de la l'unité du superviseur identifié. Dans les agences où il y avait un PA parmi le personnel, le superviseur et l'équipe étaient membres du groupe de travail des PA.</p>
Considérations éthiques	<p>Le formulaire de consentement qui expliquait le but de l'étude et l'objet de celle-ci demandait aux participants de s'engager à respecter la confidentialité lors de la discussion de groupe. Tous les instruments et procédures de l'étude ont été examinés et approuvés par la commission d'examen Columbia University Institutional. Aucune question n'a été posée à l'égard des pairs individuels, et les pairs de chaque organisme sont demeurés anonymes pour les chercheurs.</p>
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	<p>L'analyse des données a été guidée par une approche inductive qui a permis d'identifier des thèmes et des tendances dans les entrevues. Les notes d'entrevue ont été transcrites dans une base de données. Un processus itératif a ensuite été utilisé par l'équipe de l'étude pour élaborer un <b>schéma de codage et de sous-codages</b>. Le processus a commencé par la sélection aléatoire d'un organisme et l'examen de l'ensemble des entrevues de cet organisme. Indépendamment, chaque membre de l'équipe a identifié des catégories d'information.</p> <p>L'équipe comprenait le cochercheur principal, deux chercheurs de l'étude, un adjoint à la recherche qui était aussi atteint de maladie mentale et d'un stagiaire de deuxième année de maîtrise en travail social. L'équipe s'est réunie pour combiner les listes de codes et pour parvenir à un consensus sur leurs définitions. Une réunion pour évaluer la cohérence inter-codeur dans l'application de ces codes et pour discuter de nouveaux codes a eu lieu. Ce processus a été répété deux fois. A ce stade, aucun nouveau code n'est apparu. Les codes et leurs</p>

	<p>définitions ont ensuite été formalisées.</p> <p>Enfin, toutes les informations avec les mêmes codes ont été rassemblées dans des rapports à l'aide d'Atlas-ti et chaque rapport a été évalué par des points de vue différents ou convergents. Les rapports ont ensuite été comparés pour déterminer s'il y avait des renseignements redondants ou des liens entre eux, quatre grands thèmes sont ressortis de l'analyse croisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) attitudes à l'égard des fournisseurs de services par les pairs</li> <li>(2) conflit de rôles et confusion,</li> <li>(3) l'absence de politiques et de pratiques en matière de confidentialité, et</li> <li>(4) manque de soutien</li> </ul> <p>À l'aide des 22 codes, deux membres de l'équipe ont appliqué les codes aux autres entrevues. Les codeurs se sont rencontrés régulièrement avec d'autres membres de l'équipe afin de modifier la ou des définitions de codes, au besoin.</p>
Présentation des résultats	<p>Les résultats de l'étude ont été classés en catégories et en sous-catégories selon les codages et les sous-codages effectués durant l'analyse des données.</p> <p><b>ATTITUDES A L'EGARD DES PA :</b></p> <p>Les résultats de l'étude actuelle ont montré que, parmi certaines agences il y a <b>une persistance de la stigmatisation</b> avec le respect de la capacité des personnes atteintes de santé mentale, les conditions de travail en général ainsi que l'importance de l'emploi <b>du rôle de PA en particulier</b>. Certains répondants ont exprimé que le fait d'avoir un problème de santé mentale, signifiait que l'individu était " malade " et, par conséquent, incapable de donner un rendement de 100 % dans le cadre de l'évaluation et du lieu de travail. <b>Ils croyaient que les pairs étaient une main-d'œuvre " bon marché "</b>. qui étaient <b>incapables de faire face au stress du travail</b>, dont la présence au sein du personnel aurait un effet " muet ", qu'ils n'étaient pas fiables, qui ne pouvaient pas aller au-delà de leurs propres perspectives et qui ne pouvait pas répondre aux situations d'urgence. En revanche du côté positif, d'autres, cependant, estimaient que ce sont les pairs qui ont " font le concept ". de rétablissement réel" et qu'ils étaient "un vivant, respirant ". pour rappeler que le travail du personnel fonctionne" L'utilité est mieux remarquée dans les organisme dont la vision est orientée vers le rétablissement</p> <p><b>CONFLIT DE ROLE ET CONFUSION :</b></p> <p>Les conflits de rôles et la confusion sont multidimensionnels et cause <b>souvent une dégradation de la capacité des pairs et du personnel non pair à communiquer et travailler ensemble</b>. La confusion est fréquente pour les employés qui ne sont pas des pairs entre leur position de collègues de travail et non de cliniciens. Un fournisseur de services par les pairs a expliqué, « Certains psychiatres et les thérapeutes essaient de me soigner. Je reste dans mon rôle, mais les autres membres du personnel ne restent pas dans leur rôle. Ils deviennent trop préoccupés par le fait que je puisse devenir symptomatique » Les employés qui ne sont pas des pairs ont souvent de la difficulté à faire la séparation mentale.</p> <p>Des conflits de rôles et de la confusion se sont également produits lorsque les PA étaient à la fois amis et fournisseurs de services aux</p>

clients. Dans le cas présent, **le personnel non pair avait tendance à voir les méthodes utilisées par les PA non professionnels pour établir des liens avec les clients**. Les pairs ont besoin d'être plus polis, pensez à ce qui suit des consommateurs de manière plus systématique et mieux informée. Ils ont besoin d'être plus professionnels, moins de décontracté.

→ *Recrutement par les pairs* : La confusion des rôles s'est souvent manifestée lorsque les organismes

ont recruté des pairs au sein de leur clientèle, surtout quand il y avait des relations personnelles préexistantes. entre les pairs et les clients ou le personnel. Certains organismes ont établi la politique de ne pas embaucher à l'interne.

→ *Politiques relatives aux relations entre le personnel et les clients* : Les répondants ont exprimé comment la confusion des rôles s'est perpétuée, par des politiques contradictoires ou peu claires ; et en particulier en ce qui concerne les relations entre le personnel et les clients. Les limites le côté professionnel et le côté personnel est floue et ce n'est pas les mêmes limites que les membres de l'équipe.

→ *Emplois mal définis* : Les conflits de rôles **et la confusion résultaient de tâches mal définies** ou mal opérationnalisées. Lorsqu'on leur a demandé d'énumérer les tâches professionnelles des pairs, les répondants ont généré un large éventail de responsabilités, allant de la " participation là où c'est nécessaire " à la pression et au conseils (Tableau 2.) Les attentes sont déraisonnables et dépassent les responsabilités professionnelles des PA. La confusion des rôles portent un préjudice sur l'équipe soignante car il y a de l'inquiétude à l'égard des PA (même rôles mais bon marché)

→ *Formation inadéquate et manque de communication* : **La confusion et les conflits de rôles semblaient se produire lorsque les organismes ne préparaient pas le personnel non pair à l'inclusion d'un collègue pair.** Ils n'ont pas reçu de formation **sur les questions relatives au travail avec une personne atteinte d'une maladie mentale** ou sur les attentes à l'égard des pairs au sein de l'organisme. Lorsqu'on leur a demandé quels types de formation ont été offerts au personnel et à la direction, peu ont mentionné la formation sur la Americans with Disabilities Act, les aménagements ou les questions de santé mentale. Les usagers ont rarement reçu de formation sur la nature du PA, de ce fait, différencier ami-professionnel-ancien usager devient compliqué. La formation des PA n'est pas complète. Il manque une partie sur les politiques et les pratiques en milieu de travail. Et les organisme ne peuvent/veulent pas proposer des formation post-diplôme. Pas d'accès à la description du poste par les PA. L'intégration dans les établissement, par une attribution d'un mentor ou lire un manuel des politiques et procédures de l'établissement. **Enfin, les pairs eux-mêmes n'ont pas reçu de formation sur les politiques et les pratiques en milieu de travail et sur la façon dont ils s'appliquaient à leur poste.**

#### **MANQUE DE CLARTE AU SUJET DE LA CONFIDENTIALITE :**

Les répondants ont identifié plusieurs dimensions de la confidentialité qui affecte l'intégration des pairs. Il s'agit notamment du droit des pairs au contrôle de la divulgation de l'information de leurs le statut, la perception du personnel non pair. Selon laquelle les dossiers des usagers ne devraient être partagés avec les PA et les perceptions des PA selon lesquelles l'information sur les usagers à laquelle ils ont accès ne devrait pas être partagée avec l'équipe soignante.

*Divulgateion du statut de PA* : **La divulgation du statut de pair a été perçue comme un facteur clé affectant l'intégration des pairs.** Les répondants ont indiqué que le fait de porter une étiquette, stigmatise la personne et les collègues non PA peuvent voir la personne comme

usager et non collègue. Les pairs ont également eu du mal à contrôler la divulgation de leur statut de pairs lorsqu'ils recevaient des services de santé mentale dans l'agence qui les employait et **qu'aucune disposition n'avait été prise pour assurer la confidentialité de leurs dossiers.**

Accès par les pairs aux dossiers des clients : De nombreux organismes ont maintenu la politique selon laquelle les pairs n'ont pas accès aux dossiers des clients. Cela a été motivé soit par l'expérience réelle de la rupture de confidentialité par les pairs, la crainte que les pairs ne soient pas en mesure d'atteindre leurs objectifs. En conséquence, mauvaise communication entre le PA et l'équipe et ignorance du PA au sujet du plan de traitement.

- ➔ Les pairs ne partagent pas l'information sur les clients avec le personnel non pair : en tant qu'amis des clients, les pairs se renseignent sur les questions personnelles qui ont une incidence sur le traitement des clients. Souvent, cette information pourrait apporter une contribution importante à la compréhension des clients. **Les pairs choisissaient de ne pas partager cette information avec le personnel de l'organisme parce qu'ils avaient l'impression de violer la confiance qu'ils croyaient importante pour leur amitié ou en raison de pressions du client.**
- ➔ Structure de l'emploi : La structure de l'emploi par les pairs avait le potentiel d'isoler les pairs ou d'aider à les inclure dans les opérations du personnel. Les pairs occupaient souvent des postes à temps partiel, temporaires, non rémunérés au même taux que le personnel non pair dans des emplois comparables, et sans normes de rendement claires ou voies de promotion. **La structure de l'emploi véhiculait le message que les pairs étaient moins appréciés par l'organisme et renforçait la raison d'être des PA mis à l'écart par le personnel non pair.** Certaines directions d'agence ont indiqué que les PA occupaient des postes à temps partiel ou qu'ils payaient moins parce qu'ils ne voulaient pas affecter leurs prestations en espèces en travaillant trop d'heures ou en gagnant trop d'argent. Les pairs ont toutefois indiqué qu'on ne leur a pas offert de counselling sur les avantages sociaux pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées quant à la quantité de travail à effectuer.

#### **MANQUE DE POSSIBILITE DE RESEAU ET DE SOUTIEN :**

**Les PA, comme tous les travailleurs, ont besoin d'un soutien social au sein de l'entreprise. Les possibilités de soutien, ont été influencés par les attitudes du personnel, les conflits de rôles, la confusion, les questions de confidentialité et de structure du travail.** Par exemple, le leadership dans certains organismes croyait que tous les membres du personnel devraient être traités de la même façon, sans tenir compte des différences entre eux. **Il en résulte que les pairs n'ont pas reçu de formation, de soutien ou de soutien supplémentaire.** La supervision a été reconnue comme étant une source essentielle de soutien pour les pairs. Dans la plupart des agences, les PA reçoivent une supervision régulière, mais la confusion, et le conflit de rôle était apparente lorsque les superviseurs ont décrit l'expérience de soutien qu'ils ont offert à leurs PA. **La structure de l'emploi mine les possibilités de soutien pour les PA.** Par exemple, lorsque les postes étaient à temps partiel, non seulement il y avait moins de possibilités de supervision, mais aussi moins d'occasions pour les pairs de participer à la vie de l'agence, comme les réunions ou les événements sociaux.



<p><b>Discussion</b></p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude qualitative et exploratoire donne un aperçu de certaines des pratiques qui créent des problèmes d'intégration des pairs au sein du personnel, ainsi que de certaines des stratégies en milieu de travail qui favorisent une intégration efficace. Les pairs ont le potentiel d'apporter une contribution majeure au rétablissement des consommateurs recevant des services par des organismes de santé mentale, ainsi que de tirer des avantages individuels de leur rôle d'aide. L'incapacité d'inclure efficacement les pairs dans le personnel met cependant en jeu la précieuse contribution au soutien mutuel et au rétablissement que le poste de pair aidant offre à la fois aux pairs et aux consommateurs qu'ils servent. Tout aussi important, l'influence des pairs sur le transfert de la culture de l'organisme vers la perspective du rétablissement est en péril.</p> <p>Confirmant des recherches antérieures, l'étude a montré que l'intégration des PA au sein du personnel était minée par les perceptions erronées et la stigmatisation du personnel non pair au sujet des consommateurs en tant que travailleurs, les conflits de rôles et la confusion, les politiques et pratiques inadéquates en matière de confidentialité, une structure d'emploi mal définie et un manque d'information sur les consommateurs. Inversement, l'intégration par les pairs a été plus réussie lorsque le leadership a permis de comprendre l'importance de l'engagement, du rôle de PA de la mission de l'organisme et a offert de la formation au personnel non-pairs et les consommateurs qui ont renforcé cela entraîne un engagement, de personnel PA et non pair clairement défini et aie tout le personnel à comprendre comment travailler. Les stratégies spécifiques pour éviter les problèmes et promouvoir une intégration réussie émergent des données, une revue de la littérature et l'expérience des auteurs dans la fourniture d'une formation et de consultations approfondies aux agences qui emploient des pairs (voir le tableau 3). Ces stratégies ont tendance à se regrouper en deux types:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines (RH)</li> <li>- (2) les relations entre les groupes de travail et les opérations.</li> </ul> <p>La discussion de cet article se poursuit en présentant divers suggestions et encouragements de la part des politiques de ressources humaines.</p> <p><u>Premièrement</u>, ils garantissent l'engagement envers les pairs en reconnaissant et en soutenant les pairs comme un élément essentiel partie du schéma de dotation de l'agence. Résultats de l'étude suggèrent que cet engagement peut s'exprimer à travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) des politiques d'embauche qui répondent à l'unique qualifications de pairs, telles que l'acceptation de l'expérience</li> <li>- (2) une structure d'emploi qui transmet l'importance des pairs à l'agence Positions permanentes et indépendantes de</li> <li>- (3) Les pratiques RH qui aident les pairs à participer au lieu de travail dans la mesure du possible, conseils sur les avantages qui prépare les pairs à prendre des décisions éclairées sur le nombre d'heures à le travail peut aider à surmonter une barrière fréquente à participation au travail</li> <li>- (4) orientation et formation à toutes les circonscriptions (pairs, non-consommateurs, consommateurs). Améliore le fonctionnement du personnel et de la clarté des rôles</li> <li>- (5) une communication claire de la valeur des pairs dans l'énoncé de mission qui appuie le rétablissement.</li> </ul> <p><u>Deuxièmement</u>, les politiques et les pratiques en matière de RH favorisent l'intégration en répondant aux questions relatives aux conflits de rôles et de confusion. Les résultats de l'étude donnent à penser que les politiques et les programmes de</p>
--	--

	<p>les pratiques visant à minimiser les conflits et la confusion comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) des stratégies de recrutement formelles qui spécifient la main-d'œuvre à partir duquel les pairs seront recrutés (interne ou externe)</li> <li>- (2) bien communiqué les lignes directrices régissant les relations entre le personnel et les clients qui sont mis en œuvre de façon uniforme dans tous les pays de le personnel.</li> <li>- (3) les attentes professionnelles sont définies pour les PA et les non-PA.</li> </ul> <p><u>Troisièmement</u>, Les résultats suggèrent que les politiques et les pratiques en matière de ressources humaines pour protéger la confidentialité pourrait inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) des titres d'emploi par les pairs qui ne divulguent pas leur statut de pairs</li> <li>- (2) une divulgation formelle qui fournit aux pairs un contrôle sur le moment où il convient de divulguer, à qui divulguer et quelles informations</li> <li>- (3) des dossiers confidentiels pour les pairs qui étaient traitée par l'organisme employeur avant l'embauche</li> <li>- (4) l'interdiction de travailler pour les pairs qui reçoivent des services de santé mentale de la part où ils sont employés. Pour s'assurer que ces personnes ont toutefois accès à un traitement, l'organisme pourrait établir un système d'aiguillage vers d'autres organismes.</li> </ul> <p>Les stratégies se concentrent sur l'établissement de voies de communications pour échanger de l'information (planification du traitement, dormation, compréhension, soutien</p> <p>Les stratégies du travail en groupe pourraient inclure :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (1) structures formelles pour les PA et les autres membres du personnel pour partager l'information. Rencontres entre PA et non-PA, inscriptions des membres PA et non-PA dans les dossiers de soins. Possibilité pour les PA de lire les dossiers des clients, participer à des formations</li> <li>- (2) formation sur la manière de partager l'information. Les superviseurs doivent également recevoir une formation.</li> <li>- (3) supervision régulière auprès des PA pour assurer un soutien.</li> <li>- (4) occasions informelles d'interagir avec le personnel non PA</li> </ul>
Forces et limites	<p>Limites : La conception de l'étude exploratoire limite la généralisabilité des résultats. La taille et le type de l'étude reflète l'expérience des organismes d'une région géographique.</p> <p>Forces : Tous les résultats constituent un pas important vers l'intégration des PA.</p>
Conséquences et	<p>Enfin, les données recommande un processus de stratégie. qui comprend les éléments suivants :</p>

recommandations	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Évaluer l'organisme pour déterminer dans quelle mesure il est prêt à employer des pairs.</li> <li>2. Créer une compréhension entre tous les membres du personnel et les clients du rôle des pairs et des politiques et des pratiques qui soutenir la contribution des pairs aux services par le biais de l'orientation officielle pour tous les nouveaux employés.</li> <li>3. Formaliser un processus de recrutement et une structure d'emploi pour les postes de pairs afin d'établir les politiques et les pratiques et des structures pour guider le recrutement des pairs et définir la position des pairs.</li> <li>4. Clarifier les rôles du personnel grâce à l'application cohérente des principes suivants des lignes directrices officielles régissant les limites entre le client et le personnel.</li> <li>5. Offrir un soutien continu au personnel afin de maximiser le nombre de pairs.</li> </ol> <p>L'efficacité de ces stratégies devra être mise à l'épreuve par des recherches futures.</p>
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## Grille de lecture critique d'un article scientifique

## Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i> , 34(3), 293-306.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On sait qu'il s'agit, d'intégration, des pairs-aidants (PA), au sein du personnel de santé mentale.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Oui l'introduction est complète et les auteurs nous expose le problème de manière claire.
<b>Recension des écrits</b>	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			La recension des écrits est enrichissante et justifiée, les auteurs au pris plusieurs études avec des devis différents pour corroborer leur propos.
<b>Cadre théorique ou conceptuel</b>	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Dans l'introduction, les auteurs donne une définition de leur cadre conceptuel qui est le rétablissement et le metten en lien avec les PA et leur problème de recherche.

Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			En fin d'introduction ainsi que dans la méthodologie
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			X	Le devis est explicité dans la méthodologie.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Le devis qualitatif est clairement justifié car les auteurs veulent recueillir les perceptions et les avis des divers populations sur le terrain sur la base d'entrevues.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les populations présentes dans l'étude sont définies de manière détaillée et la façon dont elles ont été trouvées est claire.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'échantillon est décrit de manière suffisante mais il manque l'âge, le sexe des participants par exemple. Un tableau détaille certaines caractéristiques de l'échantillon des participants des différentes agences en qualifiant leur poste.
<b>Eléments du rapport</b>	<b>Questions</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Peu clair</b>	<b>Commentaires</b>
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Oui, tout est précisé, des prises de notes ont été effectuées durant les entretiens téléphoniques pour les retranscriptions, on sait quand les entrevues ont été effectuées, les personnes présentes sont détaillées.

Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui l'anonymat des participants à été préservé et l'étude à été accepté par un comité d'éthique. Le consentement a été expliqué lors des focus groupes.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Oui, dans les détails ! Tous les codages sont minutieusement expliqués. Leur réalisation est détaillé en énumérant les personnes qui ont participer à leur réalisation.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Oui. L'étude à été contrôler et relu à plusieurs reprises pas des personnes différentes.  Cependant, nous trouvons que la transcription des informations lors des entretiens téléphoniques n'est pas une manière très scientifique pour recueillir les informations. Des biais peuvent s'immiscer.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Oui les catégories et sous-catégorie sont distincts et des verbatim fréquents sont présent pour corborer les propos.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Oui, durant les résultats et la discussion le concept de rétablissement est largement abordé.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	Oui des PA participant à la discussion des résultats, cependant pas de notions d'envoi de résultats au participants sont énumérés dans l'étude.
Discussion	Les principaux résultats sont-ils discutés	X			Oui lors de la discussion

Interprétation des résultats	à la lumière d'études antérieures ?				
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Limites de transférabilité au vu du design exploratoire et que l'étude s'est concentrée seulement sur une région géographique.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Oui un grand nombre de recommandations sont présentes en fin d'article c'est ce que l'on peut considéré comme une conclusion. Ils disent simplement que les stratégies proposé dans l'étude devront être examiné à travers un étude future. Ils proposent également d'autres stratégies.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Le début de l'article est parfaitement claire et structurée, cependant nous avons trouvé la fin un peu moins structurée. La discussion n'est pas clairement nommé on peut la déduire et les limites et forces non plus et la conclusion également. Tous ces éléments sont présents mais on ne peut pas les trouver facilement au premier regard. Nous avons l'impression que les auteurs avaient peur d'oublier de dire le moindre détails et tout au long de l'étude de nombreuses répétitions sont présentes
Commentaires :	Article datant de 2007. Cependant, les obstacles relevé sont toujours d'actualité.				

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

## **Appendice C**

Tableau Récapitulatif des articles



Référence et pays	Thème	Devis, Echantillon	Instrument /Méthode pour collecte des données	Principaux résultats/conclusion	Limites → argument	Forces
<p><b>Gates, L. B., &amp; Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i>, 34(3), 293-306.</b></p> <p>USA</p>	<p>Explorer les stratégies dans les organismes de santé mentale pour aider les prestataires de soins à améliorer l'intégration des PA au sein des équipes de soins.</p>	<p>Qualitatif, multi méthode</p> <p>27 organismes de santé mentale, New-York, USA → 93 personnes interviewées (directeur, RH, superviseur, employé)</p> <p>15 PA dans focus group</p>	<p>Entretiens téléphoniques semi-structurés</p> <p>2 groupes de discussions pour les PA</p>	<p>Attitudes envers les pairs-aidants</p> <p>Conflits et confusion des rôles</p> <p>→ recrutement par les pairs, politiques relatives aux relations entre personnel et client, emploi mal défini, formation inadéquate, manque de communication</p> <p>Manque de clarté au sujet de la confidentialité</p> <p>→ divulgation du statut de PA, accès par les pairs aux dossiers des clients, manque de partage d'information, structure de l'emploi</p> <p>Manque de possibilité de réseau et de soutien</p>	<p>Généralisation des résultats limitée</p> <p>→ investigue exactement le thème de la recherche et devis prenant les perceptions.</p>	<p>Étude validée par la Columbia university institutional</p> <p>Confidentialité respectée</p> <p>Consentement signé</p> <p>Échantillon représente une région géographique</p>
<p><b>Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., &amp; Calixte, S. (2016). Authentic peer</b></p>	<p>Examiner le rôle des pairs aidants, ainsi que les défis et</p>	<p>Devis mixte exploratoire, séquentiel</p>	<p>Questionnaire</p> <p>Groupes de</p>	<p>Les défis à la poursuite de l'intégration</p>	<p>Généralisation des résultats limitée</p>	<p>Approbation éthique par le Health</p>

<b>support work: challenges and opportunities for an evolving occupation. <i>Journal of Mental Health</i>, 25(1), 78-86.</b>  CANADA	les avantages, comprendre pourquoi les pairs aidants ne sont pas plus intégrés dans les services généraux.	52 participants au sondage (pairs-aidants)  33 participants aux groupes de discussion. (pairs-aidants)  → services de psychiatrie du nord-est de l'Ontario	discussion  Questionnaire pour confirmer résultats	comprennent l'acceptation, la formation et la reconnaissance des titres de compétence, l'autosoins et le volontarisme.  Burn-out, différence campagne-ville	→ approche non généralisée donc normal que ce soit un petit échantillon + devis qualitatif  l'échantillon difficile à comprendre au niveau de la forme → contexte de l'échantillon clair	Sciences North Ethics Committee  Anonymat respecté  Espace libre pour s'exprimer  Question ouverte
<b>Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., &amp; Young, A. S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. <i>The journal of behavioral health services &amp; research</i>, 42(1), 100-108.</b>  USA	intégration des pairs-aidants dans équipes en santé mentale aigue.  Mise en place du projet PEER  (Peers Enhancing Recovery) qui consiste à mettre en place des Pairs-aidants à l'aide d'un modèle scientifique de mise en œuvre.  L'évaluation de la mise en œuvre et de l'impact du projet PEER.	Devis qualitatif  Services de vétérans de l'armée USA  8 soignants et 5 PA  2 groupes de clients (n=8)	Entrevue individuelle  Entrevue de groupe	Les défis de mise en œuvre comprenaient le rôle, les définitions et les lacunes dans les connaissances techniques des Pairs-aidants.  La pérennisation du projet par manqué de moyens	Durabilité pas possible due au manque de ressources → évaluation de base effectuée, donc intermédiaires intéressants.  L'échantillon difficile à comprendre → contexte différent donc vision plus étoffée	Toutes les procédures ont été approuvées par l'équipe du  Comités d'examen institutionnel à chaque site.
<b>Asad, S., &amp; Chreim, S.</b>	Explique	Étude qualitative	Entrevues semi-	Définition du rôle	Pas de	Résultats

<p><b>(2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. <i>Community mental health journal</i>, 52(7), 767-774.</b></p> <p>PAS EXPLICITE</p>	<p>comment les rôles des pairs-aidants sont définis et comment sont-ils intégrés dans les équipes interprofessionnelles de santé mentale.</p>	<p>12 participants (PA) provenant du ACCT (n=8) et d'un modèle non-standardisé (n=4)</p>	<p>structurée et ouverte de 1-2h auprès des PA</p>	<p>vague</p> <p>Relation avec les équipes</p> <p>Relation avec le client</p>	<p>description du lieu de l'étude → thème principal est notre cadre théorique, l'échantillon bien détaillé donc est intéressant</p> <p>Faible échantillon → étude descriptive donc difficile d'avoir un grand échantillon.</p>	<p>envoyés aux participants pour crédibiliser l'analyse</p> <p>Approuvé par le comité d'éthique universitaire</p>
<p><b>Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., &amp; Gagne, C. (2013). Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. <i>Community mental health journal</i>, 49(3), 281-291.</b></p> <p>PAS EXPLICITE</p>	<p>Quels sont les défis rencontrés par les pairs aidants dans la santé mentale</p>	<p>Étude exploratoire, devis mixte</p> <p>31 PA de divers contextes et rôles → 84% issu d'un service conventionnel, 16% d'agences dirigées par PA.</p>	<p>2 Interviews semi-structurées, basée sur un guide, une axée sur le rétablissement et une axée sur l'histoire de vie.</p> <p>Questionnaire d'auto-évaluation</p>	<p>Défis sur l'environnement du travail → condition de travail, travail dans service conventionnel ou agence gérée par PA</p> <p>Défis parcours professionnel → manque formation, description rôles, difficulté dans la relation, identité du PA</p> <p>Défis état de santé du PA → sentiment stress, récurrence symptômes</p>	<p>Etudes d'écoulant d'une étude plus vaste → répond concrètement à notre question de recherche, et parle du rétablissement</p>	<p>Triangulation des ressources</p> <p>Approuvée par le University Institutional Review Board.</p> <p>Méthode de collecte de donnée fournie.</p>

<p><b>Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... &amp; Stamou, E. (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. <i>Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research</i>, 42(6), 682-694.</b></p> <p>ANGLETERRE</p>	<p>Evalue et compare l'intégration des PA.</p> <p>Est-ce que les conditions pour soutenir les rôles des PA sont communes à tous les contextes organisationnels ?</p>	<p>Une étude de cas qualitative et comparative.</p> <p>En Angleterre.</p> <p>Sur chaque site, environ deux travailleurs pairs, deux patients, deux membres de l'équipe de santé mentale qui ne travaille pas dans un rôle de pair, deux chefs équipes et deux gestionnaires stratégiques ont été interviewés → 91 participants</p> <p>Service gouvernemental, non-gouvernementale, partenariat organisationnel</p>	<p>Entretiens structurés élaborés sur des bases empiriques et l'expertise des auteurs.</p> <p>Des groupes de discussion</p> <p>→ soit groupe de référence de recherche</p> <p>→ 3 discussions avec les participants de l'étude.</p>	<p>Enjeux communs à tous les contextes</p> <p>Les PA dans secteur gouvernemental → cultures différentes, clarté description du travail, manque de soutien et de sensibilisation.</p> <p>Les PA dans secteur non gouvernemental → attentes pas claires, confusion de rôles</p> <p>Les PA dans partenariat organisationnel → définition du rôle</p>	<p>Considération éthique et anonymat pas explicités → différents contextes, études comparatives sur les rôles, l'anonymat est respectée.</p> <p>Pas tous les contextes → pour nous le contexte est déjà assez large.</p>	<p>Méthode utilisée</p> <p>Données triangulées</p>
--	--	--	---	---	--	--

## **Appendice D**

Catégorisation des résultats

	Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007).	Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016).	Hamilton, A. B., Chinman, M., Cohen, A. N., Oberman, R. S., & Young, A. S. (2015).	Asad, S., & Chreim, S. (2016).	Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013).	Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... & Stamou, E. (2015).
--	---------------------------------------	--	--	--------------------------------	--	--

1. Rôles du PA	Limites professionnelles VS personnelles	<p>« Des conflits de rôles et de la confusion se sont également produits lorsque les PA étaient à la fois amis et fournisseurs de services aux clients. Dans le cas présent, le personnel non pair avait tendance à voir les méthodes utilisées par les PA non professionnels pour établir des liens avec les clients »</p> <p>« La divulgation du statut de pair a été perçue comme un facteur clé affectant l'intégration des pairs [...]. Les pairs ont également eu du mal à contrôler la divulgation de leur statut de pairs »</p> <p>« Les pairs choisissaient de ne pas partager cette information avec le personnel de l'organisme parce qu'ils avaient l'impression de violer la confiance qu'ils croyaient importante pour leur amitié ou en raison de pressions du client pour maintenir le secret comme condition de l'amitié. »</p> <p>« l'expérience réelle de la rupture de confidentialité par les pairs, la crainte que les pairs ne soient pas en mesure d'atteindre leurs objectifs »</p> <p>« Chez les PA, les limites professionnelles et personnelles sont floues et pas les mêmes que le personnel soignant. »</p> <p>« Le fait de porter une étiquette, stigmatise la personne et les collègues non PA peuvent voir la personne comme usager et non collègue »</p>	<p>« où sont les limites personnelles des PA ? Il est important d'établir des limites claires et personnelles avec les bénéficiaires du service. »</p> <p>« Les participants ont identifié un décalage entre leur formation et la nature du travail. [ce qui peut induire un épuisement]. »</p> <p>« Les limites sont floues ce qui augmente le risque d'épuisement professionnel. Ils ont peur de la divulgation à la société. »</p>		<p>« Les enjeux majeurs dans la relation avec l'équipe sont la divulgation des dires. »</p> <p>« Que dire à l'équipe sur sa propre maladie, quelles informations reçues de l'utilisateur dois-je transmettre à l'équipe ? »</p> <p>« Les PA doivent aussi connaître leurs propres limites. Celle-ci doivent être plus larges et flexibles que celle des professionnels car elles sont alimentées par le savoir expérientiel. »</p>	<p>« la surcharge de travail se traduit par un stress et un burnout car ils prennent de multiples responsabilités. »</p> <p>« Les PA ne se sentent pas armés pour traiter les usagers en crise. »</p> <p>« Les PA font des expériences de situations de surcharge de travail et émotionnelles. Cela inclut d'être à l'écoute lorsque les patients partagent des expériences négatives et comment y réagir. Ou encore d'entendre des histoires similaires à la sienne, ce qui peut engendrer du stress. »</p> <p>« [Risque de récurrence des symptômes] un participant a déclaré avoir fait l'expérience de désorientation/hallucinations à la suite d'une charge de travail excessive. »</p>	<p>« Dans un contexte statutaire, le professionnalisme consiste à maintenir les frontières professionnelles sur le lieu de travail.</p> <p>La question de la gestion des frontières a été relevée comme importante. Cependant, elle ne signifie pas la même chose dans tous les contextes. Dans le milieu public, le PA est employé comme membre multidisciplinaire donc il est évident que le maintien des frontières conventionnelles de type cliniques est important. Dans le contexte bénévole ou de partenariat, il est évident que les rôles des PA représentent une occasion de remettre en question et de reconsidérer les limites du travail défini personnellement plutôt que par la profession. »</p>
----------------	--	--	---	--	--	--	--

	Reconnaissance de l'identité professionnelle des PA	<p>« Les conflits de rôles et la confusion sont multidimensionnels et cause souvent une dégradation de la capacité des pairs et du personnel non pair à communiquer et travailler ensemble »</p> <p>« Les conflits de rôles et la confusion résultaient de tâches mal définies ou mal opérationnalisées »</p> <p>Pas d'accès à la description du rôle par les PA</p> <p>« aucune disposition n'avait été prise pour assurer la confidentialité du dossiers des PA. »</p>	<p>« Etablir et maintenir les limites personnelles dans les endroits où il y a une compréhension limitée du rôle de PA, où il n'y a pas de PA ou dans les situations où l'étendue des tâches n'est pas fournie par un mentor. »</p> <p>« le bénévolat est aujourd'hui le reflet d'un manque d'acceptation et de valorisation des PA et ainsi un obstacle à l'intégration. »</p> <p>« Moins connu, visible, accepté, valorisé, accessible aux utilisateurs. »</p> <p>« les diplômes sur le savoir sont davantage pris en compte que ceux basés sur l'expérience vécue »</p>	<p>« Malgré l'appui solide et les efforts considérables de l'équipe de recherche du PEER, des administrateurs de la MHICM et des autres intervenants clés, les PA n'ont pas été embauchés au-delà de la durée de vie du projet en raison d'un financement limité. »</p>	<p>« Cette définition était vague et demandait plus d'exigences qu'une simple expérience de vie. »</p> <p>« Les PA disent qu'ils comprennent le rôle de généraliste mais n'arrivent pas à visualiser et mettre en œuvre le rôle spécifique du PA. Un PA relate qu'il serait important de savoir ce que l'équipe en santé mentale a besoin que le PA fasse. Le fait que le travail soit décrit de manière vague offre aux PA une flexibilité du rôle. »</p> <p>«En terme de rémunération, 50% des participants indiquent recevoir un salaire justifié alors que l'autre moitié dit recevoir pas assez de salaire. Une bonne rémunération doit être en corrélation avec la légitimité et la symbolique du travail effectué. »</p>	<p>« [agences gérées par les PA] ont parfois une structure de travail non adaptée et des rôles peu/mal défini. »</p> <p>« Le manque de clarté au sujet de du rôle et des exigences, tant de la part des employeurs que des PA, a entraîné de multiples défis. Certains se sont vu attribuer des tâches non liées à leur rôle professionnel. D'autres PA travaillent sur des projets multidisciplinaires mais se sentaient incertains. »</p> <p>« D'autres estiment que leur position n'est pas valorisée par les employeurs et les collègues. »</p> <p>« Certains PA se sentent mal à l'aise de porter une étiquette. [...] Certains PA trouvent que c'est la seule identité qui leur reste. Travailler comme PA dans la santé mentale, c'est se confiner dans un moule. »</p>	<p>« Les PA se voient attribuer des tâches qui selon eux ne font pas partie de leur cahier des charges. »</p> <p>« Cependant, les attentes à l'égard des PA n'est pas toujours claires. Certains cherchent à aider les gens à développer des identités personnelles. Cela implique une confusion de rôle. De plus, il n'est pas toujours clair quel était le rôle spécifique de l'expérience vécue dans les organisations. »</p>
--	---	--	--	---	---	--	--



	Compréhension de l'équipe interprofessionnelle	<p>« attentes déraisonnables et qui dépassent les responsabilités professionnelles des PA. La confusion des rôles porte un préjudice sur l'équipe soignante car inquiétude sur la sécurité de leur emploi. » (« même rôle » mais moins cher)</p> <p>« Les résultats de l'étude actuelle ont montré que, parmi certaines agences il y a une persistance de la stigmatisation [...] le fait d'avoir un problème de santé mentale, signifiait que l'individu était " malade " et, par conséquent, incapable de donner un rendement de 100 % dans le cadre de l'évaluation et du lieu de travail. Ils croyaient que les pairs étaient une main-d'œuvre " bon marché ". qui étaient incapables de faire face au stress du travail »</p> <p>« La confusion et les conflits de rôles semblaient se produire lorsque les organismes ne préparaient pas le personnel non pair à l'inclusion d'un collègue pair. Ils n'ont pas reçu de formation sur les questions relatives au travail avec une personne atteinte d'une maladie mentale »</p>		<p>« Ils indiquent que de fréquentes interactions avec l'équipe aident à comprendre leurs rôles et capacités. Cependant, certains rapportent aussi qu'ils doivent toujours justifier leurs rôles auprès des équipes car c'est toujours incompris. »</p> <p>« Le temps que les PA passe auprès des usagers n'est pas toujours apprécié et justifié pour l'équipe soignant de ce fait, il est évalué comme non essentiel. »</p> <p>« la stigmatisation peut être manifeste ou cachée et donne des difficultés dans la relation avec l'équipe soignante. Cette stigmatisation est le résultat d'un manque de formation/information et non d'une discrimination intentionnelle. »</p>	<p>« Les participants reportent avoir l'impression qu'un comportement négatif à leur égard leur est adressé vis-à-vis de leur diagnostic. »</p>	<p>« Dans le secteur public, les membres de l'équipe s'attendaient souvent à ce que le rôle de PA soit semblable sur le plan fonctionnel. Ce qui pourraient entraîner un sentiment d'insécurité parmi le personnel soignant. De plus, les managers avaient la même pensée. »</p> <p>« Peu de preuve que la résistance à l'intégration des PA était le résultat d'attitudes stigmatisantes au sein de l'équipe. Cependant, la personne qui aide les PA à l'intégration dans les équipes peut jouer un rôle pour contrer cette résistance. »</p> <p>« Il se peut qu'il ait une faible sensibilisation au rôle de PA et qu'ils n'aient pas les compétences nécessaires au soutien des PA. »</p>
--	--	--	--	---	---	--

	Formation des PA	<p>« les pairs eux-mêmes n'ont pas reçu de formation sur les politiques et les pratiques en milieu de travail et sur la façon dont ils s'appliquaient à leur poste »</p> <p>« les établissements ne peuvent/veulent pas mettre en place des formations post-diplôme. »</p> <p>« Les PA, comme tous les travailleurs, ont besoin d'un soutien social au sein de l'entreprise. Les possibilités de soutien, ont été influencés par les attitudes du personnel, les conflits de rôles, la confusion, les questions de confidentialité et de structure du travail [...] Il en résulte que les pairs n'ont pas reçu de formation de soutien ou de soutien supplémentaire »</p>	<p>« Les participants ont relevé que la valeur de la formation et l'obtention de titre pourrait contribuer à une meilleure intégration. D'autres, craignent une surqualification, et d'être masqué en vertu de titres ou encore que leur travail change. »</p> <p>« Dans les zones rurales, la formation est incohérente voir inexistante. »</p>	<p>« L'éducation avec les équipes de la MHICM et la formation des PA est nécessaire afin d'éviter des problèmes bien connus. Pour cela, il faut favoriser la compatibilité avec les normes organisationnelles et de réduire l'impact sur l'environnement et la complexité d'un nouveau rôle. »</p> <p>« Un défi inattendu était que certains PA n'avaient pas une connaissance suffisante de la norme du comportement au travail, ou ce qu'un membre du personnel de MHICM a appelé le " professionnalisme de base du travail ". »</p>	<p>« Tandis que d'autres ont mentionné un accès limité aux supports de formations. »</p> <p>« Les PA ont mentionné le besoin de formation sur la terminologie médicale afin de communiquer de manière professionnelles avec les membres de l'équipe. »</p>	<p>« Ils demandent plus de savoirs sur les maladies psychiques, le processus de rétablissement et le système de santé mentale afin d'acquérir plus d'habiletés pour accompagner le patient. »</p> <p>« La disparité entre les formations est un autre défi. »</p> <p>« Les participants se sont plaints de l'absence de normes professionnelles et ainsi, ils ont une mauvaise réputation. »</p>	<p>« Le professionnalisme pourrait être associé à une formalisation excessive du rôle et ainsi diminuer les qualités fondamentales du rôle. »</p> <p>« La question de professionnalisme était importante dans tous les contextes. Cependant, il n'avait pas la même définition partout. [...] »</p>
--	------------------	---	--	--	--	--	---

2. Fonctionnement au sein de l'établissement	<p>« De nombreux organismes ont maintenu la politique selon laquelle les pairs n'ont pas accès aux dossiers des clients en conséquence, une mauvaise communication entre le PA et l'équipe. ignorance du PA au sujet du plan de traitement. »</p> <p>« Les pairs occupaient souvent des postes à temps partiel, temporaires, non rémunérés au même taux que le personnel non pair dans des emplois comparables, et sans normes de rendement claires ou voies de promotion ».</p> <p>« les postes étaient à temps partiel, non seulement il y avait moins de possibilités de supervision, mais aussi moins d'occasions pour les pairs de participer à la vie de l'agence, comme les réunions ou les événements sociaux. »</p> <p>« La confusion des rôles s'est souvent manifestée lorsque les organismes</p> <p>ont recruté des pairs au sein de leur clientèle, surtout quand il y avait des relations personnelles préexistantes. entre les pairs et les clients ou le personnel. »</p> <p>« La supervision a été reconnue comme étant une source essentielle de soutien pour les pairs. [, ...] mais la confusion, et le conflit de rôle était apparente lorsque les superviseurs ont décrit l'expérience de soutien »</p>		<p>« Le dossier médical informatisé de la VHA a également posé un défi de taille. »</p>		<p>« D'autres on noté un manque de place pour rencontrer les patients, un manque de bureau et d'ordinateur pour documenter et un salaire bas. »</p> <p>« [Système conventionnel] Certains se plaignent de manque d'autonomie. Ils ont un sentiment d'intrusion, désaccords, disputes. Sentiment de rejet.</p> <p>Parfois, le PA est le seul dans l'institution et c'est difficile de prendre le rôle de pionnier et promouvoir le système »</p> <p>« Selon les PA, les superviseurs n'avaient pas assez de compréhensions sur la valeur des expériences vécues. »</p> <p>« Les PA sont outrés que le système traditionnel ne soit pas orienté sur l'approche du rétablissement »</p>	<p>« Le roulement en psychiatrie, pourrait perturber le soutien cohérent pour l'introduction des rôle du PA. »</p> <p>« on pourrait supposer un manque de soutien et de sensibilisation pour l'introduction des PA par l'établissement et la direction. »</p>
--	---	--	---	--	--	---

3. Acceptation par le grand public		« Les usagers n'ont rarement reçu de formation sur la nature du PA. »	« Ils parlent également du défi de l'acceptation par le grand public. »		« il est important de porter une attention à l'image que le PA renvoie à l'utilisateur et/ou sa famille et ne pas mettre des objectifs trop haut. »		
------------------------------------	--	---	---	--	---	--	--

## **Appendice E**

Rétablissement

Pris dans : Evans, B., & Sault, K. (2012). 4. Créer son Plan d'action de rétablissement et de bien-être (wrap). In *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (pp. 75-84). ERES.

Le WRAP, tel que nous l'avons mis au point dans le Hampshire, se compose de huit parties. Chaque personne passe de l'une à l'autre à son propre rythme, en commençant par la partie de son choix. Il est toutefois conseillé de commencer par la première partie (Bien-être).

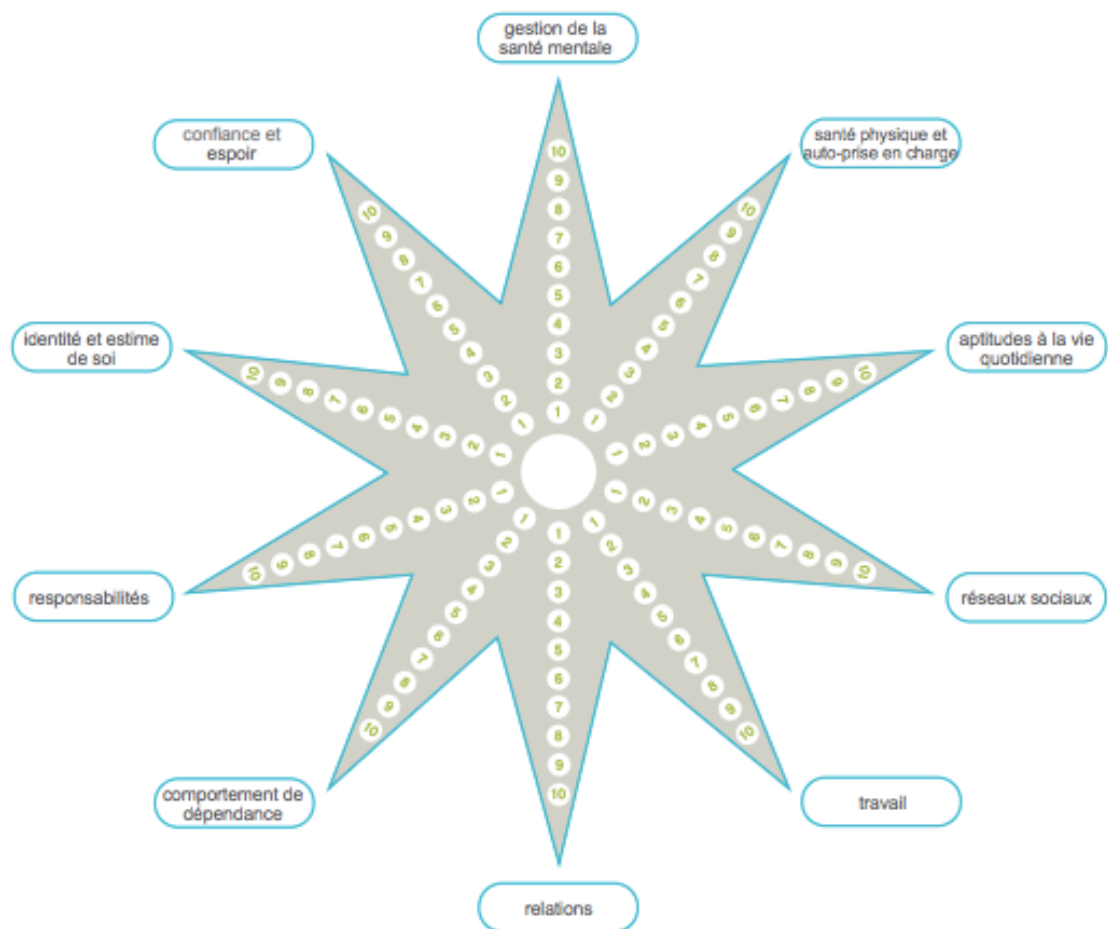
1. *Bien-être* : vous explorez ce que signifie le bien-être pour vous et comment vous êtes lorsque vous vous sentez en pleine forme. Cela aide à ne pas perdre de vue ce que vous pouvez être.
2. *Boîte à outils du bien-être* : vous recensez ce qui peut vous aider à vous maintenir à votre plus haut niveau de bien-être.
3. *Programme journalier* : vous notez ce qu'il faut que vous fassiez régulièrement afin de maximiser votre bien-être.
4. *Déclencheurs* : il s'agit d'événements extérieurs ou de circonstances susceptibles de mettre à mal votre bien-être. Vous repérez et faites la liste de vos déclencheurs personnels et élaborez un plan d'action vous permettant d'y faire face.
5. *Signes avant-coureurs* : ce sont des signes subtils de changements émotionnels et comportementaux qui vous indiquent (ou indiquent à autrui) que vous n'allez plus si bien. Vous repérez et recensez ces signes et élaborez un plan d'action vous permettant d'y faire face.
6. *Lorsque tout se dégrade* : il peut s'agir de ressentis, de comportements et de signes physiques qui vous indiquent que les choses s'aggravent. Il se peut que vous-même ou quelqu'un d'autre doive agir immédiatement afin d'empêcher que votre situation n'empire.
7. *Plan de crise* : il s'agit d'un plan que vous rédigez lorsque vous allez bien. Il contient des informations destinées aux autres sur le type d'aide que vous souhaitez recevoir si vous vous sentez moins en mesure d'affronter la vie.
8. *Plan d'après-crise* : dans cette partie, vous avez la possibilité de faire un bilan du fonctionnement du plan de crise et de déterminer les mesures que vous souhaitez éventuellement prendre à la suite d'une crise ou lorsque vous n'avez pu y faire face. Vous examinez les changements à opérer, ce que vous pouvez apprendre et ce qui vous aidera à optimiser votre bien-être.

Pris dans : Paquette, S. (2011). *Outils de mesure en réadaptation psychosociale favorisant les principes du rétablissement*. Maîtrise en sciences inédite. Université de Montréal. Repéré à : [http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/PAQUETTE\\_Sylvie\\_PI\\_version\\_finale\\_Corrige.pdf](http://www.iusmm.ca/documents/C%C3%89RRIS/PAQUETTE_Sylvie_PI_version_finale_Corrige.pdf).

<b>STORI : Stages of Recovery Instrument</b>	(Andresen et coll., 2006)	√	√		√
<b>Description</b> C'est un questionnaire auto administré, composé de 50 items regroupés en 10 sections. Chaque groupe représente l'un des quatre processus du rétablissement : espoir, identité, sens et responsabilité. Chaque item à l'intérieur d'une section représente une étape du processus du rétablissement. Les résultats sont calculés pour chaque étape du processus. Cela aide à situer où est la personne dans son processus de rétablissement. Outil répertorié dans : (Andresen, Caputi, & Oades, 2006) et (Trauer, 2010)					
<b>RAS : Recovery Assessment Scale / Échelle d'Évaluation du Rétablissement (version traduite et validée en français)**</b>	(Corrigan et coll., 1999; 2004; Giffort et coll., 1995) Traduit en français par (Bisson et Pelletier, 2007)	√	√		√
<b>Description</b> C'est un questionnaire auto administré qui comprend 41 items qui doivent être présentés à l'utilisateur. Pour chaque item la personne doit coter, sur une échelle de 1 à 5, si elle est fortement en accord à fortement en désaccord. Selon l'analyse de facteurs les items ont été fortement corrélés avec l'estime de soi, l'empowerment, le support social et la qualité de vie. Outil répertorié dans : (Ralph, Kidder, & Phillips, 2000) et (Lloyd, King, & Moore, 2010a) et (Trauer, 2010)					

L'European Social Network dit que : « **L'étoile du rétablissement** est un outil qui permet aux professionnels et aux utilisateurs d'évaluer ensemble les différents aspects de la vie

d'une personne et ses progrès vers le bien-être ».



Pris dans : European Social Network. (n.d.). *Santé mentale et bien-être en Europe : l'approche extrahospitalière personnalisée*. Repéré à : [http://www.esn-eu.org/userfiles/Documents/Publications/Thematic\\_Reports/2011\\_Mental\\_Health\\_and\\_Wellbeing\\_in\\_Europe\\_FR.pdf](http://www.esn-eu.org/userfiles/Documents/Publications/Thematic_Reports/2011_Mental_Health_and_Wellbeing_in_Europe_FR.pdf).