

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/322970824>

# Contribution d'un pair aidant au retour post-isolement en santé mentale : une étude qualitative exploratoire

**Article** · February 2018

DOI: 10.1016/j.refri.2017.11.001

CITATIONS

0

READS

46

**3 authors**, including:



**Marie-Hélène Goulet**

McGill University

**20 PUBLICATIONS** **94 CITATIONS**

[SEE PROFILE](#)



**Caroline Larue**

Université de Montréal

**46 PUBLICATIONS** **243 CITATIONS**

[SEE PROFILE](#)

**Some of the authors of this publication are also working on these related projects:**

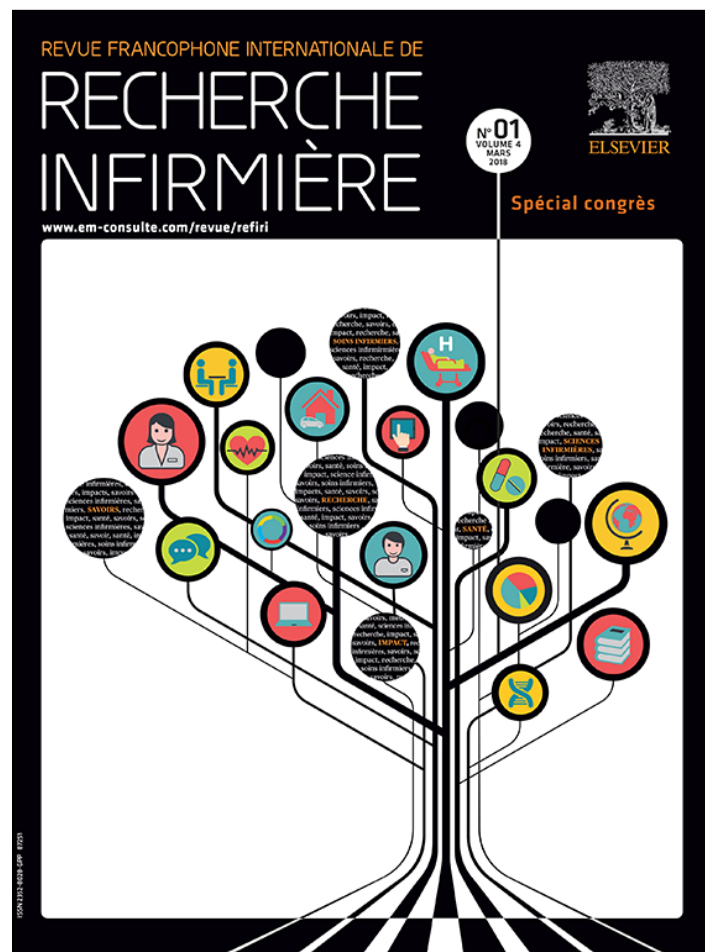


Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper [View project](#)



These expériences are part of me. [View project](#)

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



CLINIQUE / Étude qualitative

## Contribution d'un pair aidant au retour post-isolement en santé mentale : une étude qualitative exploratoire



*Contribution of a peer supporter to the post-seclusion review intervention in mental health: An exploratory qualitative study*

Marie-Hélène Goulet (PhD) (infirmière)<sup>a,\*,b,c</sup>,  
Caroline Larue (PhD) (infirmière, professeure titulaire)<sup>a,b,c,d</sup>, Cindy Côté (étudiante)<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Faculté des sciences infirmières, université de Montréal, 2575, chemin de la Côte-Sainte-Catherine, H3T 1A8 Montréal, Québec, Canada

<sup>b</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 7401, rue Hochelaga, H1N 3M5 Montréal, Québec, Canada

<sup>c</sup> Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec, Montréal, Québec, Canada

<sup>d</sup> Centre d'innovation en formation infirmière, Montréal, Québec, Canada

<sup>e</sup> Département de psychologie, université de Montréal, 90, avenue Vincent-d'Indy, H3C 3J7 Montréal, Québec, Canada

Reçu le 24 avril 2017 ; accepté le 7 novembre 2017

### MOTS CLÉS

Contention ;  
Isolement ;  
Pair aidant ;  
Santé mentale ;  
Savoir expérientiel

**Résumé** L'utilisation de l'isolement en psychiatrie est une mesure de dernier recours lorsque la personne est dangereuse pour elle-même ou pour les autres. Un retour post-isolement est alors préconisé. Cette étude qualitative exploratoire visait à explorer les retombées du retour post-isolement par un pair aidant ayant déjà été exposé à une mesure d'isolement. Des entrevues individuelles et de groupe avec les gestionnaires, les infirmières et le pair aidant avant et après l'implantation de l'intervention ont été réalisées. Les retombées ont été positives tant pour les patients, l'équipe soignante et le pair aidant. L'intégration d'un pair aidant a eu un effet levier sur la qualité des soins perçue en améliorant la compréhension par l'équipe soignante du vécu de l'expérience d'une mesure coercitive. Des défis perdurent quant à l'intégration du nouveau rôle de pair aidant. L'intégration d'un pair aidant à l'équipe de soins constitue une valeur ajoutée dans la prévention des comportements agressifs.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [marie-helene.goulet@umontreal.ca](mailto:marie-helene.goulet@umontreal.ca) (M.-H. Goulet).

**KEYWORDS**

Experiential knowledge;  
Mental health;  
Peer supporter;  
Restraint;  
Seclusion

**Summary** The use of seclusion in psychiatry is a measure used as a last resort when the person is a danger to themselves or to others. A post-seclusion review intervention is recommended. This exploratory qualitative study aimed to explore the effects of the post-seclusion review intervention by a peer supporter having already experienced isolation. Individual and group interviews were carried out with the managers, nurses and the peer supporter before and after the intervention was implemented. The results were positive both for the patients, the nursing team and the peer supporter. The integration of a peer supporter had an effect on the perceived quality of care by improving the caregiving team's understanding of how such a coercive measure is experienced. Challenges remain with regard to the integration of the new role of peer supporter. The integration of a peer supporter in the caregiving team constitutes added value in the prevention of aggressive behaviour.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Chez les personnes ayant un trouble de santé mentale grave associé à des comportements menant à des risques d'agression, l'isolement avec ou sans contention est parfois utilisé en dernier recours. Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec définit l'isolement comme une « mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » et la contention comme une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » [1]. Au Québec, l'isolement avec contention (IC) en milieu psychiatrique touche près d'un patient sur quatre [2]. Il est pourtant largement documenté que cette pratique porte préjudice aux patients : blessures, sentiment de honte, d'injustice, exacerbation de symptômes post-traumatique et d'abandon ; aux soignants : sentiments de honte, de détresse, sentiments contradictoires et d'incertitude quant à la décision prise et aux organisations : coûts liés aux blessures du personnel lors d'une mise en IC exigeant l'utilisation de la force physique et temps passé dans des tâches reliées aux surveillances exigées lors de ces mesures [3–8].

En réaction aux préjudices occasionnés par l'IC, le ministère de la santé et des services sociaux du Québec a diffusé des orientations ministérielles visant une réduction – voire l'élimination – de l'utilisation de l'IC [1]. Selon les résultats d'une revue systématique évaluant l'efficacité des programmes de réduction de l'IC, le *leadership* organisationnel, la formation des intervenants, le retour post-isolement (REPI), l'implication des patients, les mesures alternatives et l'environnement physique sont les principales cibles à travailler [9]. D'ailleurs, le plus récent Plan d'action en santé mentale 2015–2020 stipule que « le maintien, dans le temps, des changements d'attitudes et de comportements est favorisé par les relations interpersonnelles positives avec des personnes atteintes de maladies mentales dont l'état est dévoilé, ce qui est désigné par "stratégies de contact" ». À cet égard, l'intégration de pairs aidants (PA) dans les équipes

soignantes constitue un levier important dans la lutte contre la stigmatisation » [10].

Dans un contexte où les modalités du REPI reposent sur peu de données probantes et où l'implication des pairs aidants est valorisée, serait-il possible d'envisager qu'un pair aidant contribue au REPI ? Il ne s'agit pas ici de remplacer le travail de l'infirmière en matière d'interventions post-isolement, mais d'enrichir ce processus par l'implication d'un pair aidant.

## Recension des écrits

Cette section présente l'état des connaissances sur le REPI et sur le rôle du pair aidant en santé mentale.

### Retour post-isolement (REPI)

Le REPI est une intervention complexe ayant lieu une fois que le patient sort de la chambre d'isolement. Un examen de la portée de cette intervention à partir de 24 articles nous a permis d'identifier ses principaux fondements [11]. Le REPI est influencé par les concepts de « débriefing psychologique » du domaine de la psychologie et de pratique réflexive des sciences infirmières. Il comporte généralement deux volets, soit une discussion avec le patient et une analyse de l'événement par l'équipe traitante. Il s'agit d'un exercice de rétroaction sur une expérience clinique menant à une verbalisation des émotions et à un échange qui favorise le potentiel de chacun. Le REPI vise une diminution des effets négatifs de l'IC pour toutes les personnes impliquées et l'acquisition d'un savoir significatif pour tous afin de participer au rehaussement des pratiques.

Plus spécifiquement, le volet du REPI avec le patient constitue une discussion ouverte d'un intervenant avec un patient afin qu'il puisse s'exprimer librement sur les thèmes suivants : les déclencheurs, les émotions vécues, les éléments difficiles et facilitants, la perception de la dignité, la reprise du rythme de l'unité et le questionnement de ce que le patient et l'équipe pourraient faire autrement

[12,13]. Certains auteurs proposent que l'intervention soit assurée par l'infirmière du patient, tandis que d'autres recommandent que cette initiative soit de la responsabilité d'un intervenant neutre et non impliqué dans la décision d'IC, tel qu'un gestionnaire ou un pair aidant [14–16]. Cette dernière proposition n'a toutefois jamais été évaluée et les positions quant à cette éventualité semblent ambivalentes. En effet, une étude australienne a exploré les perceptions d'infirmières ( $n=31$ ) et de pairs aidants ( $n=4$ ) sur la possibilité qu'un pair aidant assure le REPI avec le patient [16]. La position des infirmières est divisée. Certaines craignent que le pair aidant prenne parti pour le patient plutôt que pour l'infirmière et qu'il véhicule une position critique envers la psychiatrie, l'IC et la médication, ce qui pourrait induire un certain clivage entre patients et intervenants. Par ailleurs, d'autres infirmières reconnaissent que le pair aidant pourrait agir comme modèle de rôle compte tenu de son savoir expérientiel et de sa relation privilégiée auprès des patients pour aider ces derniers à exprimer et mettre à distance leurs émotions.

Dans un contexte clinique faisant la promotion de la pleine citoyenneté des personnes en rétablissement, il apparaît dès lors pertinent d'explorer la possibilité que le REPI avec le patient soit assuré par un pair aidant. La prochaine section s'attarde aux spécificités du rôle du pair aidant en santé mentale.

## L'apport du pair aidant au REPI

### Définition de pair aidant

Depuis les années 1990, l'importance d'impliquer et d'intégrer des pairs aidants dans le domaine des soins de santé est de plus en plus reconnue [17]. Au Québec, l'intégration de pairs aidants (ou médiateurs de santé pairs en France et pair praticien en Suisse) dans les équipes offrant des services de suivi et de soutien aux personnes ayant des troubles mentaux est une pratique récente. Un pair aidant est une personne qui vit ou qui a vécu un problème de santé mentale, en rétablissement depuis minimalement deux ans et qui a reçu une formation spécialisée en intervention par les pairs [18]. En partageant son propre vécu comme personne ayant des troubles mentaux et en rétablissement, le pair aidant agit comme un modèle d'espoir aux yeux du patient, permet de soutenir et de responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et d'apporter son expertise au cœur d'une équipe d'intervenants [19]. Le soutien par les pairs représente davantage un processus mutuel et réciproque qu'une relation asymétrique et unidirectionnelle entre le pair aidant et le patient. Ensemble, ils s'engagent dans un dialogue similaire à celui qui prévaut dans la communauté où chacun est appelé à jouer différents rôles [20].

### Proximité expérientielle et relationnelle

La proximité du pair aidant avec l'expérience de la maladie lui permettrait d'établir un climat d'échange, voire de confiance, avec le patient dans une relation égalitaire. Le savoir expérientiel du pair aidant s'exerce à deux niveaux dans sa relation avec le patient [21]. Au premier niveau, le pair aidant et le patient se reconnaissent un vécu similaire, où chacun peut de façon relative se reconnaître en l'autre.

C'est la proximité expérientielle. Au deuxième niveau, le partage et la reconnaissance d'un vécu commun accélèrent l'établissement d'une relation affective et sociale entre le pair aidant et le patient dans laquelle les ingrédients suivants sont présents : intimité, équité, familiarité et réciprocité. C'est la proximité de type relationnel. Le sentiment de confiance que nécessitent le partage d'émotions et la reconnaissance des forces de chacun est plus rapide à établir qu'avec un intervenant traditionnel [21]. Par ce processus, le pair aidant serait en mesure d'aider le patient à cibler des stratégies et des alternatives personnalisées utiles au rétablissement du patient [22].

### Avantages et défis à l'intégration d'un pair aidant

La recension d'écrits de Repper et Carter fait mention de nombreux avantages à l'intégration d'un pair aidant dans une équipe d'intervenants en santé mentale [17]. Les avantages identifiés touchent autant le patient lui-même, le pair aidant que le système de services de santé. Pour le patient, la présence d'un pair aidant augmenterait sa prise de pouvoir sur son propre rétablissement, son estime de soi, sa qualité de vie, et son fonctionnement dans la société [23]. De son côté, le pair aidant aurait l'impression de redonner aux autres ce qui a été enrichissant et ce qui a facilité son propre rétablissement. Un sentiment de compétence interpersonnelle serait aussi associé à la possibilité d'avoir un impact sur la vie d'autrui. Pour ce qui est du système de services de santé, il tirerait avantage de la présence de pair aidant dans la diminution du taux d'admission et pourrait aider à prévenir l'hospitalisation de personnes aux prises avec un problème de santé mentale [24–26]. Provencher et al. soulignent d'ailleurs la cohérence entre l'intégration de pairs aidants aux services en santé mentale et une philosophie de soins orientée vers le rétablissement [21].

La littérature sur l'intégration d'un pair aidant dans une équipe offrant des services de suivi et de soutien aux personnes permet d'anticiper plusieurs défis auxquels doit faire face un pair aidant accompagnant un patient lors d'un REPI. Ces défis sont de naviguer à l'intérieur d'un cadre où la définition de la tâche et les attentes demeurent à préciser, de ressasser des expériences traumatisantes et d'occuper une double position dans la relation thérapeutique. Pour favoriser l'intégration du pair aidant au sein d'une équipe d'intervenants, Provencher et al. recommandent de s'assurer de l'implication des gestionnaires, de la préparation et du soutien de la part de l'équipe vis-à-vis du pair aidant, de la préparation des intervenants à l'introduction d'un pair aidant et de la définition claire du rôle et des tâches que le pair aidant aura à accomplir dans son mandat [21].

### Apport potentiel du pair aidant à la prévention de l'IC

Dans un contexte où il est documenté que l'IC affecte la relation de confiance avec l'infirmière, il est plausible de croire que le pair aidant ayant un vécu expérientiel de l'IC devienne un collaborateur précieux pour l'équipe de soins. Il pourrait dès lors agir à titre d'agent de liaison dans l'alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe de soins en favo-

risant une approche centrée sur la responsabilisation, le pouvoir d'agir et le rétablissement du patient. Il apporterait également un regard nouveau, de l'intérieur, sur la maladie et le rétablissement qui faciliterait la compréhension des infirmières sur les difficultés vécues par les patients [27]. Il nous semble que le REPI initié par un pair aidant constitue un moment privilégié pour les infirmières pour améliorer leur compréhension de la dynamique du patient ayant été en chambre d'IC.

En somme, l'implication du pair aidant dans les équipes d'intervenants demeure un sujet peu exploré et, à notre connaissance, aucune étude n'a intégré de pair aidant dans le but de faciliter le REPI auprès du patient. Le but de cette étude est d'explorer la faisabilité, l'acceptabilité et les retombées du REPI avec l'accompagnement d'un pair aidant.

Les questions de recherche sont les suivantes :

- quel est le contexte de l'implantation du REPI avec un pair aidant ?
- quelles sont les caractéristiques du REPI avec un pair aidant ?
- quelles sont les retombées du REPI avec un pair aidant ?
- quels sont les défis rencontrés lors de l'implantation du REPI avec un pair aidant ?

## Méthode

### Devis de l'étude

Étant donné le peu de données de recherche sur cette intervention innovante, un devis qualitatif exploratoire a été préconisé. Cette étude s'inscrit dans une perspective de partenariat entre chercheurs, gestionnaires, intervenants et patients. L'orientation de l'étude a été guidée par le cadre de référence de Champagne et al. qui permet de structurer et d'orienter l'examen du processus d'appropriation des

pratiques innovantes [28]. Dans ce modèle, nous retenons essentiellement l'analyse du contexte, de la mise en œuvre et des retombées de l'implantation de l'intervention.

### Milieu

L'étude s'est déroulée dans une unité de soins intensifs psychiatriques du Québec. Le choix de cette unité s'est imposé du fait que les soins intensifs en psychiatrie sont reconnus comme étant un lieu propice au développement de l'expertise en prévention des agressions [29]. De plus, les intervenants ont manifesté un intérêt marqué pour développer une pratique fondée sur des résultats probants et l'unité présente une incidence d'épisode d'IC élevée (moyenne de 25 heures d'IC et de 8 patients par 28 jours). Les patients hospitalisés aux soins intensifs ont un problème de santé mentale aigu associé à une désorganisation majeure du comportement nécessitant un encadrement et une supervision étroite. L'unité peut accueillir jusqu'à 12 patients avec une durée de séjour moyenne de 18 jours.

### Déroulement de l'étude et méthodes

L'étude s'est déroulée en trois phases : une phase préparatoire, une phase de mise en place de l'intervention et une phase d'évaluation des retombées (Fig. 1).

La phase de préparation a consisté à préciser les balises de l'intervention du pair aidant, à offrir des rencontres de préparation avec les intervenants, à former le pair aidant et à identifier les mécanismes de soutien spécifiques aux pairs aidants. Cette phase cruciale a été pilotée par un comité de recherche et de clinique incluant le pair aidant et a été documentée par des comptes rendus détaillés. L'examen des documents institutionnels, un entretien individuel avec le pair aidant et des entretiens de groupe focalisés avec intervenants et gestionnaires (durée moyenne de 41 minutes) ont permis la documentation du contexte d'implantation.

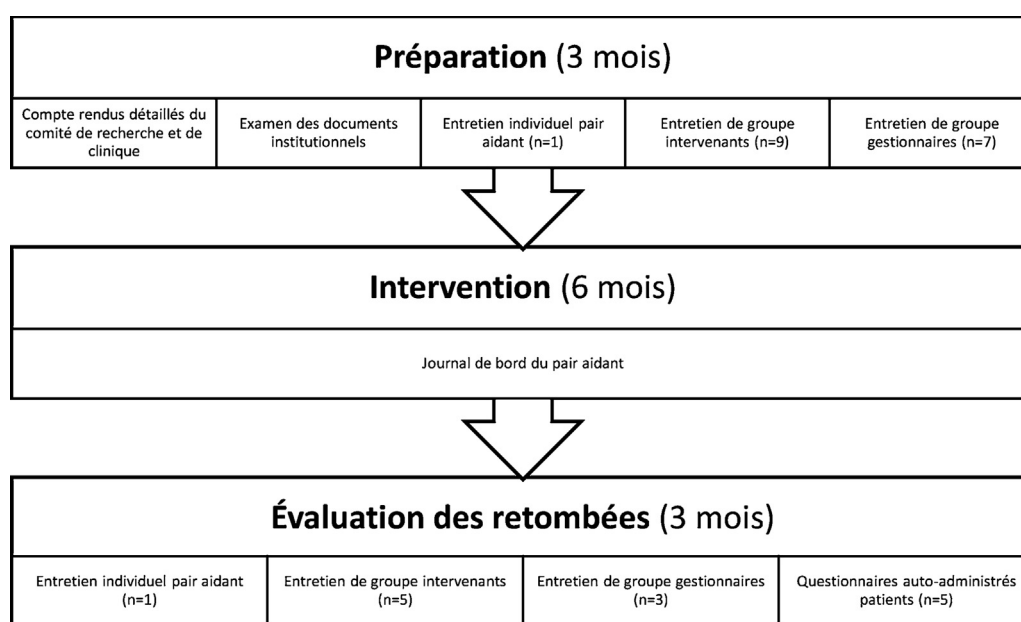


Figure 1. Déroulement de l'étude et méthodes de collecte de données. © DM.



Lors de la phase d'intervention, le pair aidant a rempli un journal de bord afin de documenter la nature de l'intervention et ses modalités, le nombre de patients rencontrés et son expérience clinique.

Pour la phase évaluative, les retombées ont été examinées à partir de questionnaires autoadministrés aux patients ayant rencontré le pair aidant, d'entretiens de groupe avec intervenants et gestionnaires et d'un entretien individuel avec le pair aidant.

## Échantillons

Les quatre populations sollicitées ont été les représentants des différentes directions impliquées dans ce projet (direction médicale, ressources humaines, soins infirmiers, ressources professionnelles et services cliniques), les membres de l'équipe soignante, les patients et le pair aidant.

Pour les entretiens de groupe focalisés, toutes les personnes nommées par les directions ont été invitées à participer à l'étude ( $n=6$ ). Pour les membres de l'équipe soignante, toutes les personnes qui travaillent quotidiennement dans l'environnement des patients (préposés aux bénéficiaires et infirmières) et qui ont un poste à temps complet ou à temps partiel à l'unité des soins intensifs ont été recrutées ( $n=9$ ). Tous les patients majeurs, aptes et ayant rencontré un pair aidant suite à un épisode d'IC ont été invités à compléter un questionnaire autoadministré ( $n=5/8$ ). Le pair aidant a été embauché à l'unité des soins intensifs suite à un appel de candidatures de la direction des ressources humaines. Il répondait aux exigences du poste, notamment avoir suivi la formation spécialisée en intervention par les pairs aidants. Son engagement était d'une durée de 20 semaines à raison d'une journée par semaine.

## Analyse des données

Les entrevues ont été enregistrées, transcrites et intégrées dans le logiciel d'analyse de données qualitatives QDAMiner<sup>®</sup>. Les entretiens ont été lus et relus. La codification des entretiens a permis d'identifier 712 unités de sens. Les segments de texte ont été regroupés sous les grandes catégories du cadre de référence de Champagne et al. : contexte, mise en œuvre, retombées [28]. Des sous-codes et codes émergents ont été ajoutés pour compléter l'organisation des données [30]. Les regroupements ont été soumis à un accord inter-codeurs entre deux chercheurs et une rencontre a permis d'ajuster le cahier de codes jusqu'à l'obtention d'un consensus. Les réponses aux questions ont été décrites pour chacun des groupes et des comparaisons intergroupes quant aux similarités et différences de perceptions ont ensuite été effectuées.

## Considérations éthiques

Le protocole a été approuvé par les comités de recherche et d'éthique de l'établissement (P2015-211) et se soumet aux normes édictées par l'Énoncé de politique des trois conseils [31].

## Résultats

Les résultats sont présentés selon les questions de recherche relatives au contexte d'implantation, aux caractéristiques et aux retombées du REPI et aux éléments ayant facilité ou présenté des obstacles au REPI.

### Question<sup>o</sup> 1 : quel est le contexte de l'implantation du retour post-isolement avec un pair aidant ?

Les thèmes abordés sont liés aux événements marquants, aux politiques et *leadership* organisationnels, à l'ouverture à l'innovation et à la préparation des participants (Tableau 1).

#### Événements marquants : collaboration entre milieux clinique et de recherche

Lors d'une conférence scientifique publique ayant pour thème la réduction de l'IC, l'équipe de gestionnaires de l'unité de soins intensifs psychiatriques a proposé qu'en plus du REPI fait par l'infirmière, un REPI par un pair aidant soit offert aux patients ayant été en IC. Un comité de recherche et de clinique a alors été mis sur pied où un pair aidant ayant déjà fait l'expérience de l'IC a été invité dès le début de l'élaboration du projet de recherche clinique. Une subvention du centre de recherche lors d'un événement promouvant la collaboration entre la recherche et la clinique a aussi joué un rôle de levier important pour l'embauche d'un pair aidant.

#### Politiques et procédures : de la responsabilité de l'infirmière

Le REPI constitue une étape du protocole IC de l'organisation sans toutefois être systématisé ou uniformisé. Selon les intervenants (*focus group* intervenants – FGI) et les gestionnaires (*focus group* gestionnaires – FGG), le REPI fait partie de la démarche infirmière et permet d'évaluer l'intervention ayant mené à l'IC en décrivant l'événement, en identifiant les déclencheurs et en recadrant le patient qui peut avoir une perception faussée en contexte de soins psychiatriques intensifs. Il s'agit aussi d'un moment privilégié pour explorer des alternatives à l'IC et de nouvelles pistes de solution. Il a été mentionné qu'un malaise pouvait toutefois subsister après la mise en IC tant pour l'intervenant que pour le patient. De l'évitement ou un REPI prenant la forme d'une autojustification peuvent découler de ce malaise.

« Je le fais parce que c'est dans mon processus d'aller valider si l'alliance thérapeutique est toujours là, s'il me fait encore confiance. » (FGI).

« Des fois, je sens qu'il est fâché, on touchera pas le sujet. » (FGI).

**Tableau 1** Synthèse des éléments de contexte et de mise en œuvre du REPI par un pair aidant.

Thèmes	Sous-thèmes
Événements marquants et historique	Conférence scientifique sur les mesures de contrôle (FGG) Historique de collaboration entre le milieu clinique et la recherche (FGG)
Politiques et procédures	Implication d'un pair aidant dès l'élaboration du projet (FGG) Protocole isolement-contention incluant un REPI REPI habituellement fait par l'infirmière (FGI, FGG)
Leadership organisationnel	Implication proactive des gestionnaires Valeurs organisationnelles prônant la pleine citoyenneté et la réduction de l'IC (FGG, FGI)
Ouverture à l'innovation	Inquiétude du pair aidant de bien répondre aux attentes (PA) Ouverture de l'équipe interdisciplinaire malgré quelques inquiétudes (FGI)
Préparation des acteurs clés	Journée d'introduction et de formation pour le pair aidant (FGG, PA) Description du rôle de pair aidant à l'équipe de soins (FGG, FGI) Collaboration entre les différentes directions de l'organisation (FGG)

**Tableau 2** Description du processus entourant le retour post-isolement par le pair aidant.

Description	Étapes de l'intervention
Préparation au retour post-isolement avec un pair aidant	Dans les 24 heures précédant l'intervention, rencontre de l'infirmière-chef avec les patients ayant été exposés à une mesure d'IC dans la dernière semaine pour apprécier leur ouverture à rencontrer un pair aidant pour en discuter Le jour de l'intervention, rencontre de l'infirmière-chef avec le pair aidant afin de lui dresser un bref portrait des patients à rencontrer
Déroulement du retour post-isolement	Rencontre du pair aidant avec un patient dans un bureau d'entrevue sur l'unité de soins Thèmes abordés : la description de l'événement, les émotions ressenties avant, pendant et après l'IC, le moment le plus difficile et/ou aidant durant l'IC, l'approche de l'équipe de soins et les traumatismes antérieurs Discussion adaptée selon le niveau de rétablissement de la personne
Suivi du retour post-isolement	Prise de notes cliniques par le pair aidant Rencontre du pair aidant avec l'infirmière-chef pour une activité de débriefing et pour préparer la rencontre d'équipe Retour descriptif de la conversation avec le patient aux autres membres de l'équipe de l'unité de soins au début de la réunion d'équipe interdisciplinaire Le pair aidant est encouragé à ne pas porter de jugement et à ne pas cibler d'intervenants (par ex., ne pas donner le nom de l'infirmière du patient) Après avoir partagé ses données, le pair aidant quitte la rencontre interdisciplinaire

### Leadership : incarnation des valeurs organisationnelles

Selon les gestionnaires, la cohérence du projet proposé avec les valeurs organisationnelles a facilité son acceptabilité par les différentes directions. En effet, la participation d'un pair aidant au REPI était perçue comme l'opérationnalisation des concepts de rétablissement et de pleine citoyenneté dans la philosophie de réduction de l'IC. Par l'application concrète de concepts déjà discutés, l'organisation remplit dès lors sa mission de soutenir des pratiques fondées sur des données probantes et de valoriser les innovations cliniques.

*« Il y a une volonté de camper les concepts de la psychiatrie du <sup>xxi</sup> siècle. Les gens, à force de s'imprégner et*

*d'entendre ces choses-là, ils finissent par être ouverts à pousser leur pratique vers autre chose. » (FGG).*

### Ouverture à l'innovation : quelques questionnements

Les enjeux soulevés par le projet avant l'implantation du REPI par un pair aidant diffèrent selon la catégorie de participants. Chez les gestionnaires, il est question de l'importance de l'implication du chef d'unité en termes de coordination des activités et de préparation de l'équipe de soins au nouveau rôle que constitue le pair aidant. Du côté des intervenants cohabitent une ouverture à de nouvelles façons de s'améliorer et un questionnement sur les possibi-



lités de clivage en lien avec l'identité double du pair aidant (perçu parfois comme un patient, parfois comme un intervenant). Chez le pair aidant, des inquiétudes sont relevées face aux difficultés inhérentes au milieu de soins intensifs (personnes à risque d'agression) et au sentiment de devoir défendre un nouveau rôle professionnel.

### Préparation des différents acteurs clés

Ce projet a nécessité la préparation des différents partenaires. Par exemple, la direction des ressources humaines a dû développer un nouveau canevas d'embauche pour les pairs aidants, car il était inhabituel d'aborder le savoir expérientiel des candidats. Pour sa part, le pair aidant a reçu une formation sur la prévention des comportements agressifs (Oméga) et il a ensuite été introduit à l'équipe de recherche et à l'équipe de soins. Pour leur part, les gestionnaires ont expliqué à maintes reprises le rôle du pair aidant à l'équipe de soins (FGG). En revanche, pour certains intervenants, un flou a subsisté sur les modalités et objectifs du REPI par le pair aidant (FGI, PA). À cet effet, le pair aidant affirme : « Je sais pas si c'était bien expliqué, s'ils étaient habitués à ce que c'est un pair aidant en tant que tel. ».

### Question<sup>o</sup> 2 : quelles sont les caractéristiques du retour post-isolement avec le pair aidant ?

Comme aucune donnée de recherche sur le rôle du pair aidant à l'intérieur d'une activité spécifique comme le REPI n'a été identifiée, le comité de recherche et de clinique s'est inspiré du REPI avec le patient suggéré dans le protocole IC de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) [32]. S'agissant d'une intervention infirmière, le pair aidant a adapté l'intervention à son rôle et a pu le mettre à l'essai lors d'une demi-journée de travail (Tableau 2).

### Question<sup>o</sup> 3 : quelles sont les retombées du REPI par le pair aidant ?

Les retombées du REPI par le pair aidant touchent à la fois le patient, l'équipe de soins, l'organisation et le pair aidant.

#### Retombées pour le patient

Tant les intervenants, les gestionnaires que le pair aidant affirment que l'une des principales retombées pour le patient est la possibilité de s'exprimer librement sans jugement, ainsi que de verbaliser et ventiler ses émotions en raison d'une relation de confiance facilitée par la proximité expérientielle avec le pair aidant. En effet, celui-ci ne représentant pas l'autorité, une discussion franche de part et d'autre peut être entamée ; personne ne se sentant attaqué par les propos de l'autre ; le discours évite de tomber dans l'accusation ou dans l'autojustification (FGI, FGG).

« Il n'était pas associé à l'équipe, donc le ressentiment qui pourrait subsister face à l'équipe qui a pris une décision difficile, il n'était pas dans ce cercle-là. Il était à l'extérieur et le fait qu'il a un vécu expérientiel et qu'il arrive en présentant ça, ça ouvre une porte automatiquement qui ne s'ouvre pas nécessairement avec les autres intervenants. » (FGG).

« Avec le pair aidant, étant donné que la personne l'a vécu elle-même [l'isolement], les patients savent qu'il va comprendre et qu'il va peut-être être capable d'être en mesure de comprendre ce qui s'est passé et d'entendre le côté plus émotif que juste rationnel. » (FGG).

Tous les participants proposent que, par sa seule présence auprès du patient, le pair aidant incarne un modèle d'espoir. Il illustre pour le patient la possibilité de se sortir d'un moment difficile et de se rétablir (PA, FGI, FGG). Le pair aidant peut ainsi accompagner le patient dans son processus de rétablissement, par exemple en lui faisant prendre conscience de sa situation (FGI) ou par le renforcement des interventions infirmières. Enfin, notons que la participation des patients a été plus élevée que celle anticipée par les gestionnaires. Ces derniers expliquent cet engouement par un besoin que les intervenants ne peuvent peut-être pas combler.

« Des fois, j'avais l'impression de venir renforcer sur quoi ils étaient en train de travailler. Ça m'est arrivé de dire que moi aussi je prends ma médication parce que sinon je ne fonctionnerais pas. » (PA).

« Et ça avait donné un petit coup de pied à mon patient justement qui voulait pas continuer à s'aider et qui se voyait pas malade. Ça lui a sonné une cloche, il a fait une prise de conscience. » (FGI).

#### Retombées pour l'équipe de soins

Les infirmières ont toutes affirmé que le rapport du pair aidant à l'équipe de soins leur avait amené une meilleure compréhension de la personne et de ses priorités par l'accès à de nouvelles informations ou par leur validation. Par l'établissement d'une relation de confiance facilitée, les participants croient que le REPI avec le pair aidant permet de recueillir des données auxquelles ils n'auraient habituellement pas eu accès. Un patient a d'ailleurs dévoilé sa consommation de substances au pair aidant alors qu'il ne l'avait pas fait à l'équipe de soins. Il s'agirait donc d'une intervention complémentaire à celle de l'infirmière. Le pair aidant agit donc comme liaison entre le patient et l'équipe, certaines infirmières affirmant même que le lien thérapeutique peut s'en trouver renforcé.

« C'est ça la beauté du projet pair aidant, la présence du pair aidant permet d'élargir la capacité d'aller chercher des informations et de toucher certains aspects qu'on aurait de la difficulté à aborder. » (FGG).

« Le client n'est peut-être pas capable de nous le dire, surtout si c'est nous qui avons été obligés de le faire. Il y avait parfois un blocage. Il pouvait être en colère, il pouvait être déçu. Il y avait des choses qu'il n'avait pas saisies, mais qu'il n'osait pas nous dire. Le pair aidant faisait le pont entre nous deux pour être capable d'aller chercher l'information et de nous revenir avec ça pour mieux comprendre. » (FGI).

Les informations rapportées par le pair aidant participent aussi à l'évaluation de l'autocritique de la personne (PA, FGI). Il convient toutefois de souligner que certaines infirmières accueillent les propos du pair aidant avec une certaine réserve, car elles évaluaient la capacité de jugement des patients comme étant diminuée en contexte de soins intensifs.

Enfin, une autre retombée pour l'équipe de soins est la déstigmatisation des personnes ayant été en IC par le fait de côtoyer professionnellement une personne qui a déjà vécu cette mesure coercitive (PA, FGG). En contexte de soins intensifs, les infirmières côtoient des patients à un moment de désorganisation avancée et elles ont peu l'occasion d'échanger avec des personnes à un stade avancé de rétablissement.

*« Comme tout le monde, on peut toujours avoir des traces de stigmatisation à l'intérieur de soi. On peut avoir des préjugés par rapport aux patients qui sont passés par l'isolement. Je travaille avec lui et il m'apprend des affaires ! Ça change notre vision. » (FGG).*

### Retombées pour l'organisation

Pour l'organisation, les gestionnaires soutiennent que les principales retombées ont été sur le plan de la mise sur pied d'un levier pour améliorer la qualité des soins qui a été documenté par un processus de recherche, ce qui peut à son tour alimenter d'autres initiatives avec des pairs aidants. Cette initiative a aussi obligé les différentes directions à se questionner et à se positionner sur le processus d'embauche du pair aidant (affichage du poste, définition du rôle, salaire, entretien d'embauche). Certains intervenants et gestionnaires ont repris les éléments discutés par le pair aidant lors du retour en équipe pour en faire des cibles d'amélioration (FGG, PA, FGI).

### Retombées pour le pair aidant

Selon le pair aidant, avoir participé à cette étude lui a permis d'évoluer professionnellement en atteignant une meilleure connaissance de soi en contexte de travail (PA, FGG) (Tableau 3).

### Question<sup>o</sup> 4 : quels sont défis rencontrés lors de l'implantation du REPI avec le pair aidant ?

Les défis rencontrés lors de l'implantation du REPI sont en lien avec les modalités de l'intervention et l'intégration du nouveau rôle de pair aidant dans l'équipe de soins.

#### Défis liés aux modalités de l'intervention

En lien avec les modalités de l'intervention, le défi était de créer rapidement une relation de confiance avec le patient afin de parler d'un sujet aussi sensible que l'IC : « Mon Dieu, en 15–30 minutes, c'est pas évident mon rôle d'établir un lien de confiance » (PA). Un intervenant se demande d'ailleurs comment le pair aidant peut aider le patient s'il ne le voit qu'une seule fois et qu'il n'y a pas de suivi par la suite. Des contraintes budgétaires ont d'ailleurs limité le déploiement du rôle et les modalités de l'intervention puisque le

pair aidant était présent une journée par semaine. Cette présence sporadique a entraîné des difficultés au niveau de la compréhension du rôle du pair aidant par les infirmières et du sentiment d'appartenance du pair aidant à l'équipe (FGI). D'autres modalités ont ainsi été proposées par les participants : présence accrue du pair aidant sur l'unité, possibilité de suivi à la suite du REPI par le pair aidant, interventions de groupe et suivi simultané de plusieurs unités de soins.

Un autre défi rencontré est la réception du rapport du pair aidant par l'équipe de soins. Tous ont souligné l'importance de l'instauration d'un climat où l'intervenant ne se sente pas jugé. Certains intervenants ont affirmé avoir ressenti un malaise de ne pas pouvoir contextualiser les propos du patient rapportés par le pair aidant. Ce constat fait écho au souhait exprimé par l'équipe de soins et le pair aidant à l'effet que le compte rendu du REPI prenne davantage la forme d'un espace de discussion plutôt que celui d'un rapport descriptif. Ce choix avait initialement été retenu afin que les intervenants reçoivent une nouvelle information sans être tentés de se justifier pour favoriser l'ouverture à la perspective du patient.

*« Je sais bien qu'il faut pas s'arrêter à ça, mais moi ça me dérangeait. Ça me dérangeait parce que pour moi, c'était pas tout à fait les vraies affaires. J'ai rien contre le fait qu'on fasse un rapport ou qu'on explique les choses, que le client dise ce qu'il a à dire, il a le droit de parler, mais qu'on dise les vraies choses. Je me suis sentie un peu comme la pas fine. » (FGI).*

Un autre point largement discuté par l'équipe de soins se rapporte à la notion de confidentialité. Un doute persiste sur la légitimité de la présence du pair aidant à la rencontre interdisciplinaire. De plus, les éléments rapportés par le pair aidant ont peu été repris auprès des patients, car les infirmières voulaient respecter la relation de confiance entre le patient et le pair aidant. C'est dans ce contexte que des infirmières ont aussi partagé des questionnements sur le but de l'intervention, surtout chez celles ayant moins été en contact avec le pair aidant : le but était-il d'aider le patient ou l'équipe de soins ? En effet, chez certaines infirmières, l'échange entre le pair aidant et le patient sur son expérience d'IC n'était pas perçu comme une intervention. D'autre part, une partie de la résistance rencontrée chez les infirmières est liée à la peur d'une situation où une personne présentant un trouble de personnalité puisse induire du cliage dans l'équipe, bien que ce ne soit pas arrivé durant l'étude.

#### Défis liés à l'intégration du nouveau rôle de pair aidant dans une équipe de soins

Le premier défi rencontré par le pair aidant a été de représenter une nouvelle catégorie d'intervenant, ce qui a engendré de l'anxiété de performance (Tableau 4). Étant le premier pair aidant avec lequel l'équipe de soins travaillait, celui-ci a voulu faire la preuve de son utilité. Il s'est aussi questionné sur la place qu'il devait occuper. Craignant de déranger, il s'est donc assuré que ses retours avec l'équipe de soins soient les plus synthétiques possible, toujours dans l'optique de les aider à mieux comprendre le vécu

**Tableau 3** Retombées du REPI avec un pair aidant.

Catégorie de participants	Retombées de l'intervention
Patient	Relation de confiance facilitée par l'absence de hiérarchie et d'implication dans la décision d'isolement Verbalisation et ventilation des émotions Modèle d'espoir
Pair aidant	Meilleure connaissance de soi et capacité d'adaptation au plan professionnel
Équipe de soins	Liaison avec le patient Meilleure évaluation de l'autocritique du patient (FGI) Accès à de nouvelles informations et à la perception du patient Déstigmatisation
Organisation	Levier pour l'amélioration de la qualité des soins Clarification du processus d'intégration du pair aidant à une équipe de soins

**Tableau 4** Défis liés à l'implantation du retour post-isolement avec le pair aidant.

Défis	Description
Modalités de l'intervention	Contexte rapide pour créer une relation de confiance (PA, FGI) Retour à l'équipe de soins de nature descriptive avec peu d'interactions (PA, FGI) Crainte d'être ciblé comme intervenant et d'être jugé (FGI)
Pair aidant	Notions de confidentialité questionnées (FGI) Faire la preuve de l'utilité d'un nouveau rôle professionnel (PA) Flash-back et émotions qui resurgissent (PA)

du patient. Un élément ayant facilité l'intégration du pair aidant a d'ailleurs été son approche respectueuse du travail des intervenants et sa capacité réflexive.

*« Il y avait quelque chose de gênant pour moi, d'impressionnant parce que je suis expert de ma maladie, mais c'est quand même impressionnant d'avoir des professionnels autour de toi qui posent un regard sur toi. Il faut que je me défasse de ça, mais en santé mentale l'estime de soi n'est pas toujours à la hausse. Je voulais avoir une crédibilité. » (PA).*

Référent à sa propre expérience de l'IC, même des années après les événements, a engendré des flash-back et a fait resurgir des émotions difficiles pour le pair aidant. À cet effet, avoir un espace de discussion après chaque journée de travail, d'abord avec l'infirmière-chef, puis avec un représentant de l'équipe de recherche a été un élément facilitant. Au besoin, le pair aidant a aussi consulté son psychologue et son psychiatre dans le cadre de son suivi régulier.

Un autre défi souligné par le pair aidant est la rencontre de patients en situation de déni de leur maladie. Le pair aidant s'est alors questionné sur la signification du savoir expérientiel dans de telles situations, rendant son partage dénué de sens pour le patient, voire même confrontant.

## Discussion

Cette étude exploratoire a permis de mettre à l'épreuve un devis et d'explorer la faisabilité, l'acceptabilité et les

retombées du REPI avec un pair aidant dans une unité de soins intensifs psychiatriques.

## Contexte d'implantation

Dans un premier temps, la documentation du contexte d'implantation met en lumière l'importance de la phase préparatoire des différentes personnes impliquées dans l'intégration d'un nouveau type d'intervenant pour une intervention spécifique. En concordance avec les recommandations de la littérature, le pair aidant a reçu une formation sur la prévention des comportements agressifs, en plus de sa formation de base [16]. Cette innovation a aussi exigé un *leadership* organisationnel fort afin d'impliquer toutes les directions concernées. L'un des leviers à cet effet a été que le REPI opérationnalisait les valeurs organisationnelles de pleine citoyenneté et rétablissement. Ces résultats vont d'ailleurs dans le même sens que l'étude de Godrie qui stipule que le soutien des gestionnaires constitue une variable modératrice de l'intégration des pairs aidants à l'équipe soignante par leur capacité à reconnaître l'importance du pair aidant [33].

## Caractéristiques du retour post-isolement avec un pair aidant

En ce qui a trait aux caractéristiques du REPI avec un pair aidant, l'évaluation de son implantation permet de constater que le contenu de l'intervention a été jugé faisable et acceptable par les participants. En revanche, les modali-

tés de l'intervention pourraient être rehaussées. Dans un premier temps, une présence plus régulière du pair aidant sur l'unité favoriserait le déploiement des compétences du pair aidant. Une rencontre ponctuelle constitue un contexte rapide pour créer une relation de confiance. Or, le sentiment de confiance, essentiel au développement d'une relation thérapeutique saine et utile, peut être long à établir, même si les personnes ont une proximité expérientielle [34]. Parmi les avenues prometteuses suggérées par les participants, l'attribution d'un pair aidant à plusieurs unités de soins plutôt qu'à une seule semble envisageable.

Dans un deuxième temps, il est souhaité que la transmission des informations du pair aidant à l'équipe interdisciplinaire prenne la forme d'un échange pour atteindre un véritable partage des différents savoirs. Bien que cette étude ait voulu se concentrer sur le REPI avec le patient, les résultats semblent suggérer que le REPI avec le patient est indissociable d'un retour en équipe tel que nous l'avions précédemment proposé [11]. Par ailleurs, en dépit des efforts déployés par les gestionnaires pour expliquer le rôle du pair aidant en santé mentale à l'équipe de soins, plusieurs interrogations sont demeurées en lien avec une méconnaissance de la modalité d'intervention du pair aidant, par exemple en ce qui a trait à la confidentialité et à la visée de l'intervention.

## Retombées

Les retombées du REPI avec un pair aidant ont concerné le patient, l'équipe de soins, l'organisation et le pair aidant. Tant le pair aidant, l'équipe de soins que les gestionnaires partagent la perception que la relation de confiance est facilitée par l'absence de hiérarchie, que l'intervention permet de faire verbaliser les émotions et que le pair aidant, par son parcours, peut incarner l'espoir pour le patient. Ces constats rejoignent les résultats d'une revue de la littérature sur l'apport du pair aidant en santé mentale selon lesquels le pair aidant est un symbole de rétablissement et d'*empowerment* [17]. Les retombées du REPI mènent à croire que l'implication d'un patient partenaire dès l'élaboration du projet a permis une adaptation du REPI qui répond davantage aux besoins des patients. Une étude du Royaume-Uni a d'ailleurs proposé que ce type d'implication améliore la faisabilité de la recherche, notamment en favorisant sa transférabilité dans la pratique [35].

En agissant comme complément aux interventions existantes, le pair aidant facilite la communication pour mener à une meilleure compréhension de la dynamique entre les interventions effectuées et les réactions et du patient. En ayant accès à de nouvelles informations et à la perception du patient, les infirmières ont une compréhension plus complète de la situation qui a mené à l'IC. Godrie propose d'ailleurs que les pairs aidants puissent encourager les intervenants à agir de façon créative, pour régler des situations de crise avec leurs patients par la mise en place de moyens alternatifs à ceux déjà utilisés dans le cadre médical traditionnel [33]. La présence des pairs aidants peut ainsi amener les intervenants à se questionner sur leurs interventions. Ce changement de pratique nécessite toutefois une posture réflexive de l'intervenant.

Le REPI effectué par le pair aidant constitue une intervention complémentaire à l'intervention infirmière. Dans le

cadre de la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, ou « loi 90 », qui confère aux infirmières des responsabilités en matière d'évaluation, de surveillance et de soins dans le domaine de la santé mentale, il est essentiel de mieux outiller les infirmières concernant les recours aux mesures alternatives pour prévenir les comportements agressifs des patients en milieu psychiatrique. Une meilleure compréhension du patient facilitée par la présence du pair aidant permet de se questionner sur les interventions et de les personnaliser à chacun.

Les retombées pour l'organisation sont un effet levier pour l'amélioration de la qualité des soins en matière de prévention de l'IC et pour la clarification du processus d'intégration du pair aidant à une équipe de soins. Tout comme les résultats de Godrie, les résultats de notre étude soulignent que la présence du pair aidant a participé à la déstigmatisation chez l'équipe de soins [33]. Étant une personne ayant vécu un IC et en processus de rétablissement, le pair aidant incarne l'espoir pour l'équipe de soins que leurs interventions puissent participer au rétablissement des patients. Enfin, ce projet a permis au pair aidant d'atteindre une meilleure connaissance de soi et de s'accomplir au plan professionnel. En partageant son expérience avec les patients, le pair aidant consolide sa contribution sociale, ce qui selon Repper et Carter, améliore l'estime de soi [17].

## Défis rencontrés

Ce projet a été confronté aux mêmes enjeux discutés dans la littérature sur l'intégration de pairs aidants dans des équipes de soins, soit la définition de la tâche, la proximité avec la souffrance des patients et la dualité dans la relation thérapeutique [21].

Le comité de recherche et de clinique, les gestionnaires et l'équipe de soins se sont largement entretenus sur la définition de la tâche, mais une compréhension claire et partagée est demeurée un défi tout au long du projet. Comme l'expliquent Provencher et al., le manque de repères dans la littérature sur le rôle du pair aidant dans une application spécifique rend difficile la transposition de l'utilisation du savoir expérientiel lié au rétablissement dans un contexte donné [21]. La clarté du rôle et des tâches que doit accomplir le pair aidant est d'ailleurs un indice important d'une bonne intégration de celui-ci dans son équipe. Dans notre étude, les notions de confidentialité liées à la relation de confiance entre pair aidant et patient sont demeurées obscures pour beaucoup de participants, ce qui démontre qu'une meilleure intégration aurait été possible.

Le deuxième défi concerne la proximité du pair aidant avec la souffrance des patients et le retour à ses propres traumatismes. En effet, l'utilisation du savoir expérientiel est une source potentielle de stress. Il n'est pas toujours facile pour un pair aidant de parler de son histoire personnelle, de revenir sur des souvenirs parfois souffrants ou d'être à l'écoute de gens qui vivent des traumatismes similaires à ce qu'il a déjà vécu antérieurement. Le pair aidant doit être en mesure de créer une distance émotionnelle entre son propre vécu et celui du patient. Afin de faire face aux difficultés émotionnelles que peuvent rencontrer les pairs aidants, le programme de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) recommande à



ces derniers d'identifier ou de désigner au sein de l'équipe un mentor avec qui ils pourront échanger en lien aux difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail et d'identifier ensemble un mécanisme de surveillance des premiers symptômes de rechute. Dans ce projet, le pair aidant a été soutenu par l'infirmière-chef, par un professionnel de recherche et par ses propres ressources externes (psychologue et psychiatre).

Le troisième défi concerne l'occupation d'une double position dans la relation thérapeutique. Dans la relation qu'il entretient avec le patient, le pair aidant se retrouve à jouer un double rôle. Il est appelé à jouer le rôle de patient en rétablissement tout en étant intervenant auprès d'autres patients recevant des services. Alors que la littérature discute surtout de la possibilité pour le pair aidant de confondre ces deux rôles, cette étude a mis en lumière l'importance de clarifier les balises de l'intervention non seulement pour le pair aidant, mais aussi à l'équipe de soins pour favoriser la reconnaissance de la crédibilité et de l'expertise du pair aidant [21].

### Limites de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un seul milieu, une unité de soins intensifs d'un hôpital psychiatrique sur un échantillon très restreint. Un seul pair aidant est intervenu auprès des patients il est donc possible que les caractéristiques du pair aidant ait participé aux résultats obtenus. Toutefois, la description très systématique de l'implantation de la nouvelle intervention pourra permettre à des milieux comparables de s'en inspirer. De plus, les questionnaires autoadministrés aux patients ont été très peu complétés et le cas échéant, le plus souvent incomplets, ce qui a rendu leur analyse impossible. Enfin, la portée des retombées est limitée par la présence hebdomadaire du pair aidant, ce qui laisse à penser qu'une intensité d'intervention accrue en influencerait la nature.

### Conclusion

Cette étude pilote a permis de se questionner sur l'apport d'un pair aidant à la prévention des comportements agressifs et des mesures de contrôle par son implication au REPI. La présence d'un pair aidant dans une équipe de soins est un phénomène encore marginal qui actualise un modèle de soins où le savoir expérientiel est valorisé en opposition à un rôle d'experts. Comme le soulignent Provencher et al., « une meilleure compréhension du processus d'intégration s'avère nécessaire pour promouvoir ce type de pratique » [21]. Ces résultats ouvrent donc un nouveau champ de recherche sur la participation de pairs aidants au REPI. Dans sa relation avec le patient, le pair aidant mise davantage sur les forces de la personne et sur ses capacités à fonctionner efficacement, plutôt que de mettre l'accent sur ses symptômes et ses problèmes personnels [36]. Ce type d'intervention complexe permet de conjuguer les besoins des personnes impliquées, mais aussi de répondre aux besoins d'amélioration des pratiques d'IC, notamment en favorisant la réflexivité de l'équipe et du patient. Ainsi, en plus d'avoir la possibilité d'améliorer l'expérience de soins entourant l'IC chez les patients et chez les infirmières, le REPI participe aussi à l'amélioration continue de la

qualité et de la sécurité des soins entourant la prévention du comportement agressif.

### Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution à ce projet de Patricia Clavet et Chad Chouinard, pairs aidants à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), Lyne Brunet, chef des soins intensifs à l'IUSMM, Éric Skulski, agent de planification, programmation et recherche à l'IUSMM. Nous remercions également le Centre de recherche de l'IUSMM pour la subvention octroyée.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle (version révisée); 2015.
- [2] Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Nurs* 2011;18(5):394–402.
- [3] Hallett N, Huber J, Dickens GL. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggress Violent Behav* 2014;19(5):502–14.
- [4] Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeau R, Chabannes J, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *Encephale* 2011;37(Suppl 1):S4–10.
- [5] Mellow A, Tickel A, Rennoldson M. Qualitative systematic literature review: the experience of being in seclusion for adults with mental health difficulties. *Ment Health Rev J* 2017;22(1):1–15.
- [6] Bowers L, Wright S, Stewart D. Patients subject to high levels of coercion: staff's understanding. *Issues Ment Health Nurs* 2014;35(5):364–71.
- [7] Perron A, Jacob JD, Beauvais L, Corbeil D, Bérubé D. Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Rech Soins Infirm* 2015;120(1):47–60.
- [8] Papadopoulos C, Ross J, Stewart D, Dack C, James K, Bowers L. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(6):425–39.
- [9] Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggress Violent Behav* 2017;34:139–46.
- [10] Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. Plan d'action en santé mentale 2015–2020. Faire ensemble et autrement; 2015. p. 16 [<http://www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>].
- [11] Goulet MH, Larue C, Alderson M. Reflective practice: a comparative dimensional analysis of the concept in nursing and education studies. *Nurs Forum* 2016;51(2):139–50.
- [12] Bonner G, Wellman N. Postincident review of aggression and violence in mental health settings. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2010;48(7):35–40.
- [13] Goulet MH. Retour post-isolement en milieu psychiatrique : développement, implantation et évaluation d'une intervention en soins aigus. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2016 [thèse].

- [14] Bonner G. The psychological impact of restraint: examining the aftermath for staff and patients. In: Lynch JE, Trenoweth S, editors. *Contemporary issues in mental health nursing*. Indianapolis: Wiley-Blackwell; 2008. p. 217–28.
- [15] Taylor K, Oppacher F. Witnessing: a tertiary prevention process to critically review each incident of seclusion or restraint. In: Needham I, McKenna K, Kingma M, Oud N, editors. *Linking local initiatives with global learning: proceedings of the 3rd international conference on violence in the health sector*; 2002 Oct 24–27; Amsterdam, Pays-Bas. Amsterdam: Kavanah; 2012. p. 307–8.
- [16] Ryan R, Happell B. Learning from experience: using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *Int J Ment Health Nurs* 2009;18(2):100–7.
- [17] Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Mentl Health* 2011;20(4):392–411.
- [18] Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). *Formations pairs aidants réseau*; 2014 [en ligne, <https://www.aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/pairs-aidants-reseau/>].
- [19] Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006;32(3):443–50.
- [20] Mead S, MacNeil C. Peer support: what makes it unique. *Int J Psychosoc Rehab* 2006;10(2):20–37.
- [21] Provencher H, Gagné C, Legris L. L'intégration de pairs aidants dans les équipes de suivi et de soutien dans la communauté : points de vue de divers acteurs. Rapport final de recherche, version condensée. Québec: Université Laval; 2011.
- [22] Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25(3):281–8.
- [23] Repper J, Carter T. Using personal experience to support others with similar difficulties: a review of the literature on peer support in mental health services. Nottingham: University of Nottingham; 2010.
- [24] Ochocka J, Nelson G, Janzen R, Trainor J. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives. Part 3: a qualitative study of impacts of participation on New Members. *J Community Psychol* 2006;34(3):273–83.
- [25] Sunderland K, Mishkin W. Comité de direction sur le soutien par les pairs. In: Commission de la santé mentale du Canada. *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs : pratique et formation*. Calgary: Commission de la santé mentale du Canada; 2013.
- [26] O'Hagan M, Cyr C, McKee H, Priest R. Making the case for peer support: report to the peer support project committee of the Mental Health Commission of Canada; 2010.
- [27] Lagueux N, Charles N. Manuel du participant : formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs, module 2. Québec: Programme québécois Pairs Aidants Réseau; 2008.
- [28] Champagne F, Constandriopoulos AP, Denis JL, Pineault R. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Bulletin* 1993;33(1):12–27.
- [29] Georgieva I, de Haan G, Smith W, Mulder CL. Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *J Psych Int Care* 2010;6(1):31–8.
- [30] Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebooks*. 3rd ed Thousand Oaks: SAGE publications; 2014.
- [31] Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. *Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains*; 2010.
- [32] Hôpital Louis-H-Lafontaine. *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contentions*; 2005.
- [33] Godrie B. *Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale*. Montréal, Québec: Université de Montréal; 2015 [thèse].
- [34] Coatsworth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C. Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13(5):490–7.
- [35] Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2013;203(5):381–6.
- [36] Carter ML. Social support systems as factors of academic persistence for African American, lower-income, first-year college students and high school graduates not attending college. *Diss Abstr Int* 2000;61(5):2061A.