



HAL
open science

Efficacité des interventions de pairs aidants auprès de sujets souffrant de trouble du spectre de la schizophrénie et trouble bipolaire : revue de la littérature

Clémence Renelleau

► To cite this version:

Clémence Renelleau. Efficacité des interventions de pairs aidants auprès de sujets souffrant de trouble du spectre de la schizophrénie et trouble bipolaire : revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02973917

HAL Id: dumas-02973917

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02973917>

Submitted on 21 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020 Thèse n° 3057

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 15 juillet 2020 par Clémence RENELLEAU

Née le 24 juillet 1992 à Saintes

Efficacité des interventions de pairs aidants auprès de sujets souffrant de trouble du spectre de la schizophrénie et trouble bipolaire.

Revue de la littérature.

Dr Clélia QUILES, directrice de thèse

Jury

Pr Hélène VERDOUX, Président

Pr Cédric GALERA, Juge

Pr Marie TOURNIER, Juge

Dr Éléonore EMERIT, Juge

Pr Christophe LANCON, Rapporteur

Remerciements

Un grand merci à toutes les équipes de soins des services qui m'ont accueillies en tant qu'interne :

- A l'équipe de l'UPA de Bergerac, au Dr Martin et au Dr Dalemagne, qui m'ont guidés dans mes début en tant qu'interne. Merci pour leur bienveillance.
- A l'équipe médicale et infirmière du SECOP. J'ai énormément appris à vos côtés.
- A l'équipe d'Arguin, au Dr Giron, au Dr Giraud et au Dr Marseille. Merci pour toutes les connaissances que vous avez pu me faire acquérir au cours de ce semestre.
- A l'équipe de Carreire 6, au Dr Emerit et au Dr Arrivé. Merci pour ce semestre très enrichissant.
- A l'équipe de l'HDJ de Caychac et au Dr Fourticq-Tiré. Le dévouement dont vous faites preuve auprès de vos patients m'a profondément marquée.
- A l'équipe du CMP et de l'HAD d'Eysines. Merci pour votre accueil, votre bonne humeur et votre bienveillance.
- A l'équipe de l'USCA, au Dr Monthieux et au Dr Egal. Cette expérience en addictologie me sera très utile pour ma pratique future.

Merci à mes amis de fac, en particulier à Marie, Orane, Julien, Jean-Mathieu, Arnaud, Matthieu, pour tous ces bons moments passés à Poitiers. Une mention spéciale pour Claire : merci pour toutes ces soirées, ces fous rires, mais aussi ton soutien dans les moments difficiles, les déceptions et ces heures de révisions que tu as rendu moins difficiles. A notre amitié qui se fiche des kilomètres.

Merci aux co-internes qui m'ont accompagnés au cours de mon internat : Mathilde, Julia, Laura, Séverine, Matias, et tous les autres.

A mes amis du lycée (ou tout comme), Floriane, Jeanne, Thomas et Pierre, un grand merci pour tous ces moments partagés à Cognac, Poitiers, Bordeaux et ailleurs.

Même si c'est bête, une pensée pour ma Jojo dont les ronrons ont toujours su me reconforter.

Merci à Louise, ma sœur, de m'avoir supportée lors des deux années passées ensemble à Poitiers.

Merci à mes grands-parents pour leur soutien tout au long de mes études.

Merci à Valery pour son soutien sans faille, malgré mes périodes de doutes et mes sautes d'humeur.

Enfin, merci à mes parents de m'avoir soutenue et encouragée tout au long de ces dix années d'étude. C'est à vous que je dédie ce travail.

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Cédric Galera,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie de ce jury. J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements lors de mon semestre dans le pôle de pédopsychiatrie. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus grand respect.

A Madame le Professeur Marie Tournier,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. J'ai pu apprécier vos qualités pédagogiques au cours des différents enseignements que vous dispensez. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Éléonore Emerit,

Vous avez immédiatement accepté de faire partie de mon jury de thèse. J'ai eu la chance de travailler à vos côtés et de profiter de votre expérience clinique à deux reprises, au cours de stages enrichissants qui m'ont profondément marquée. Votre manière de travailler et votre humanité resteront pour moi une source d'inspiration. Merci.

A la directrice de thèse :

A Madame le Docteur Clélia Quiles,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Votre disponibilité et votre bienveillance m'ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

A la présidente du jury :

A Madame le Professeur Hélène Verdoux,

Vous me faites l'immense honneur de présider le jury de cette thèse. Tout au long de mon parcours, j'ai pu constater votre investissement pour la formation des internes. Mes semestres dans vos différentes unités restent pour moi un souvenir précieux, tant sur le plan clinique que sur le plan humain. Votre expérience clinique et votre rigueur sont pour moi une source de respect. Veuillez croire en l'expression de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

Sommaire

1	Introduction.....	11
2	La pair aideance, de ses concepts fondateurs à ses premières expérimentations.....	11
2.1	Histoire et principes du concept de pair aideance	11
2.1.1	Les mouvements d’usager et le concept de « recovery ».....	11
2.2	Apparition de la notion de pair aideance.....	15
2.3	Apparition de la pair aideance en France	16
2.4	Exemples de programmes employant des patients pairs aidants.....	18
2.4.1	A l’étranger	18
2.4.1.1	Le programme Pairs Aidants Réseau (PAR) au Québec.....	18
2.4.2	Étude pilote réalisée en Grande-Bretagne.....	20
2.4.3	En France	22
3	Travail personnel : Efficacité des interventions de pairs aidants auprès de sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie et troubles bipolaires ; revue de la littérature.....	25
3.1	Contexte.....	25
3.2	Méthode.....	26
3.3	Résultats	27
3.3.1	Efficacité de l’intervention des pairs aidants auprès des patients.....	28
3.3.2	Facteurs influençant l’intégration des pairs aidants dans les équipes de soins et les services de santé mentale, difficultés rencontrées dans l’exercice de leur fonction.....	38
4	Discussion.....	52
4.1	Principaux résultats.....	52
4.1.1	Efficacité de l’intervention de pairs aidants auprès des patients.....	52
4.1.1.1	Efficacité sur le rétablissement.....	52
4.1.1.2	Efficacité sur la qualité de vie.....	53
4.1.1.3	Efficacité sur les relations sociales.....	54
4.1.1.4	Efficacité sur la santé physique.....	55

4.1.1.5	Efficacité sur les soins en psychiatrie et les hospitalisations.....	56
4.1.2	Facteurs d'intégration dans les équipes médicales.....	56
4.1.2.1	Barrières à l'intégration et difficultés rencontrées par les pairs aidants.....	56
4.1.2.1.1	Définition des rôles des pairs aidants et limites relationnelles avec les patients.....	57
4.1.2.1.2	Accueil dans les équipes et orientation des services.....	57
4.1.2.1.3	Révélation de soi et risque de discrimination.....	58
4.1.2.1.4	La formation et la rémunération.....	59
4.1.2.1.5	Les risques personnels pour le pair aidant.....	60
4.1.2.1.6	La charge de travail et tâches inadaptées.....	60
4.1.2.2	Facteurs facilitant l'intégration des pairs aidants et leur satisfaction au travail.....	61
4.1.2.2.1	Soutien organisationnel et orientation des services.....	61
4.1.2.2.2	Supervision.....	62
4.1.2.2.3	Formation.....	62
4.1.2.2.4	Professionnalisation du métier.....	62
4.2	Interprétation des résultats.....	62
4.2.1	Efficacité de l'intervention des pairs aidants.....	62
4.2.2	Facteurs influençant l'intégration des pairs aidants.....	64
4.3	Limites de la revue de la littérature.....	64
5	Conclusion.....	65
6	Références.....	66
7	Serment d'Hippocrate.....	72

1 Introduction

Les interventions de pairs aidants auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques ne cessent de se développer depuis quelques années, et suscitent un vif intérêt de la part de nombreuses structures de santé mentale. Certaines d'entre elles ont déjà créé des postes de pair aidant professionnel, d'autres envisagent de le faire. Comment ce travail de pair aideance a-t-il émergé en France ? Quels sont les programmes ayant été testés ? L'efficacité pour les sujets souffrant de pathologies telles que le trouble bipolaire ou le trouble du spectre de la schizophrénie, est encore mal connue. Il en est de même en ce qui concerne les facteurs influençant l'intégration des pairs aidants au sein des équipes de soins et les difficultés auxquelles ils font face. Ce travail reprendra dans un premier temps l'histoire du concept de pair aideance et donnera des exemples de programmes développés. Puis une revue de la littérature sera proposée, synthétisant les connaissances portant sur l'efficacité de l'intervention de pairs aidants sur la prise en charge de sujets souffrant de trouble du spectre de la schizophrénie et trouble bipolaire.

2 La pair aideance, de ses concepts fondateurs à ses premières expérimentations

2.1 Histoire et principes du concept de pair aideance

2.1.1 Les mouvements d'usager et le concept de « recovery »

La participation de sujets souffrant de pathologie à la prise en charge d'autres sujets souffrant est une pratique existant depuis longtemps. Déjà aux XVIII^e et XIX^e siècles, plusieurs textes décrivant les fonctionnements des asiles français font état du recrutement dans le personnel de patients rétablis. Le premier exemple connu de patient rétabli ayant fait partager son expérience au bénéfice d'autres patients serait français (1). Il s'agit de Jean-Baptiste Pussin, tanneur de profession, hospitalisé à l'Hôtel Dieu puis transféré à l'hôpital Bicêtre pour une adénite tuberculeuse (il n'a jamais souffert de trouble psychiatrique). Dans l'incapacité à subvenir à ses besoins à l'extérieur, il resta hospitalisé de nombreuses années. Neuf ans après son entrée, en 1780, il s'est vu confier le poste de maître des enfants du bâtiment neuf. En 1785, il devient gouverneur de Saint-Prix, aussi connu sous le nom de « gouverneur des fous »(2). Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont placés sous sa responsabilité, et leur sortie ne se fait que sur la foi des déclarations du gouverneur. A l'époque, il n'y a aucune présence médicale et Jean Baptiste Pussin exerce, avec sa

femme, toute son autorité (3). C'est le premier exemple connu d'un patient employé par la suite dans un hôpital. Dans les années 1790, il a influencé le Dr Philippe Pinel, et il est pour beaucoup dans la libération des malades mentaux de leurs chaînes à la Salpêtrière (1).

Plus tard, au milieu du XIXe siècle, émerge aux Etats-Unis le concept de « *recovery* », dans le cadre de petits groupes d'anciens buveurs qui se réunissaient dans le but de se soutenir dans leur abstinence : les « *recovery circles* ». Ces personnes se considéraient « en cours de rétablissement » tant qu'ils poursuivaient leurs efforts pour maintenir leur abstinence et trouver un sens à leur vie. Ils apportent la définition de « *recovery* », qui dépasse le seul domaine médical, et inclus une dimension personnelle et plus globale. C'est également au XIXe siècle que sont embauchés les premiers anciens usagers dans les services d'addictologie. D'abord appelés les « *temperance missionaries* » ou « *friendly visitors* », ils sont actuellement connus comme les « *recovery mentors* » ou « *recovery support specialists* » (4). Ces groupes de soutien sont apolitiques, certains s'appuient sur des fondements spirituels, d'autres sont laïques, certains s'adressent uniquement aux femmes ou à une minorité ethnique. En Europe, le premier groupe de soutien par les pairs connu est la *Lunatic Friends' Society* en Angleterre en 1845. En 1935 est créé l'association des « Alcooliques Anonymes » à Akron, dans l'Ohio. Ce groupe de soutien possède la particularité d'avoir été fondé par un agent de change de New-York et un chirurgien d'Akron, tous deux souffrant d'une addiction à l'alcool. Tous deux avaient auparavant participé au « *Oxford Group* », un mouvement composé de personnes ne souffrant pas de trouble de l'usage de l'alcool, mais qui plutôt mettait l'accent sur le recours à des valeurs spirituelles, de portée universelle, pour aider à la gestion de la vie quotidienne. Si ce type de groupe avait permis à l'agent de change d'obtenir l'abstinence, ce ne fut pas le cas pour le chirurgien. Lorsqu'ils se rencontrèrent, le médecin se retrouvait pour la première fois face à une personne présentant le même trouble que lui, mais qui avait pu atteindre l'abstinence, et se trouvait sur le chemin du rétablissement. Cette rencontre l'aida beaucoup. Les deux hommes s'entendirent alors pour intervenir auprès d'autres personnes dépendantes à l'alcool de l'hôpital d'Akron. Un deuxième groupe suivit à New York à l'automne 1935, puis un troisième à Cleveland en 1939. Au début de l'année 1939, le groupe publie son manuel, intitulé « Les alcooliques anonymes ». Le texte expose la philosophie et les méthodes du groupe des « Alcooliques Anonymes (AA) », dont l'essentiel se retrouve en Douze Étapes maintenant bien connues,

formalisant le mouvement. Le livre contenait en plus le témoignage personnel d'une trentaine de membres rétablis (5). Des groupes de soutien et d'entre-aide se sont ensuite développés avec les associations de patients dans les années 1930, sur le modèle des AA, dans des pays ayant une tradition de *self-care* (pratiques visant à rendre le client autonome dans la gestion de son contrat avec l'entreprise, ou dans l'usage d'un service ou d'un produit) et de *self-health* (style de vie adopté pour préserver la santé) (1). Ces pays sont majoritairement de tradition protestante, valorisant l'autonomie et la responsabilité de l'individu.

Ces mouvements d'émancipation du patient s'inscrivent dans une mobilisation sociale plus générale de lutte contre toute forme de discrimination et de revendication pour les droits sociaux et civiques. Ce courant, important entre 1970 et 1985, soutient que les individus et les collectivités ont la capacité de prendre en charge leur corps et leur santé. Il a favorisé l'émancipation du patient souffrant de pathologie chronique dans tous les pays industrialisés (6). Parallèlement, à la même période, les personnes en situation de handicap s'organisent et forment également un mouvement, appelé « *independent living* », mettant en avant le concept de « vie autonome » (7). Il s'agit d'un mouvement inter-handicap de défense des droits civils des personnes en situation de handicap. Leur objectif, politique, est de changer le processus de réadaptation et les attitudes sociales envers les personnes souffrant d'un handicap (8). Ce mouvement s'appuie sur le principe fondamental selon lequel les personnes souffrant d'un handicap ont droit aux mêmes droits civils, options et choix que les personnes ne souffrant d'aucun handicap. Ce mouvement a grandi initialement sur le continent américain, à la fin des années soixante, pour protester contre les conditions de vie en clinique et dans les institutions des personnes en situation de handicap. En effet, à cette période, les personnes souffrant de handicap se voient souvent refuser leur droit à l'autodétermination. Lorsqu'elles nécessitent des soins et une assistance au quotidien, les médecins et les autorités sociales considèrent qu'un placement en établissement est nécessaire, à moins que les membres de la famille n'acceptent de s'occuper eux-mêmes à leur domicile de la personne. Le concept de « vie autonome », considère au contraire que la résolution du problème des soins et de l'assistance repose sur des solutions et des aides apportées par la réadaptation, permettant à l'individu le contrôle de son environnement, et notamment de posséder son propre logement. Il doit être permis à l'individu de choisir son propre style de vie en obtenant des informations, des conseils, en examinant les ressources

disponibles. L'histoire du mouvement « *Independent living* » et sa philosophie de conduite ont beaucoup en commun avec les autres mouvements politiques et sociaux qui ont fleuri à la fin des années soixante et au début des années soixante-dix, et notamment avec le mouvement des AA. L'entraide et le soutien par les pairs sont devenus des facteurs critiques dans la philosophie du mouvement. Selon ce principe, les personnes souffrant d'un handicap similaire sont plus susceptibles de s'aider et de se comprendre que les personnes ne partageant pas cette même expérience (9).

A la fin des années 80, Judi Chamberlin, ancienne patiente qui se définit comme un « usager/survivant » de la psychiatrie, lance un appel à ses pairs pour qu'ils se rassemblent et parlent d'une seule voix. A l'âge de 21 ans, elle fait face à un épisode dépressif sévère et accepte d'être hospitalisée. Après plusieurs hospitalisations volontaires et finalement un diagnostic de schizophrénie, elle est hospitalisée contre son gré (10). Elle exprime avoir été victime « d'abus médicaux » lors de cette hospitalisation. Elle explique que les patients réfractaires aux soins étaient hospitalisés dans des chambres d'isolement et dans des services spécifiques aux patients réfractaires, même lorsque leur résistance était de nature non violente. Les traitements psychotropes qu'elle a été contrainte de prendre la fatiguaient et affectaient sa mémoire. Elle n'avait pas le droit de quitter l'établissement, ce qui la rendait à ses yeux « prisonnière du système ». Elle a vécu cette expérience comme une atteinte à sa dignité et une violation de ses libertés civiles. Cette hospitalisation sans consentement est à l'origine de son combat pour la défense des droits humains des usagers de la psychiatrie. Usagers qui, selon elle, sont des « survivants » de la psychiatrie. À sa sortie de l'hôpital, elle s'implique dans le mouvement naissant de défense des droits des patients souffrant de troubles psychiatriques. En 1971, elle rejoint le « *Mental Patients Liberation Front* » (« *front de libération des patients psychiatriques* ») à Boston, et se rapproche également du Centre de Réhabilitation de l'université de Boston (11). Ceci l'amène à co-fonder les premiers groupes thérapeutiques d'auto-aide, animés par des anciens patients souffrant de pathologie psychiatrique (*Ruby Rogers Advocacy and Drop-In Centers*) (12). Elle revendique également un accompagnement plus proche des besoins des usagers et la reconnaissance de l'apport de l'entraide mutuelle : c'est le concept de « l'empowerment », la réappropriation du pouvoir par et pour les usagers. Elle fonde et dirige le *National Empowerment Center*, une organisation gérée par d'anciens patients souffrant de troubles psychiatriques, qui fournit des informations,

conseils et soutien aux usagers du système psychiatrique. L'espoir est au centre de cette dynamique, l'accent n'est pas mis sur les symptômes mais plutôt sur la possibilité de retrouver un sens à sa vie, malgré la maladie (4). Elle reste l'une des activistes les plus célèbres pour ses actions dans le domaine de la pair-aidance et des droits des patients en santé mentale (6).

Patricia Deegan, chercheuse américaine souffrant de schizophrénie, détaille la notion de « *recovery* » et la définit comme un processus dont le but n'est pas de « devenir normal », mais une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours (4). Larry Davidson, psychologue et chercheur à l'université de Yale, approfondira lui aussi ce concept issu du mouvement des usagers « *being in recovery* », soit « être en rétablissement ». Selon lui, ce concept est basé sur un savoir expérientiel qui considère la maladie comme une condition de vie à long terme, de laquelle il est possible de se rétablir. Dans cette perspective, la personne est amenée à se fixer elle-même ses propres objectifs en fonction de ses priorités avec l'aide de personnes de confiance ou d'outils spécifiques. Le terme de « *recovery* » n'a pas été traduit dans toutes les langues, faute de traduction satisfaisante. Les francophones ont, pour la plupart, adopté le terme de rétablissement, bien que le concept de « *recovery* » ne traduise pas un retour à l'état antérieur mais plutôt un processus qui amène à l'établissement d'un nouvel état d'équilibre. Cette définition diffère de la définition habituelle de la notion de « *recovery* » en psychiatrie, qui se réfère plutôt à l'absence de symptôme, de signe ou de dysfonctionnement (4).

2.2 Apparition de la notion de pair aidance

De la même manière que le concept de « *recovery* », le concept de pairs aidant apparaît dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle aux Etats-Unis avec les usagers souffrant d'un trouble de l'usage de substances et les prémices du principe de réduction des risques, développé dans le contexte de l'épidémie de SIDA (7). Le principe de réduction des risques est une démarche pragmatique de santé publique consistant à soutenir les personnes et trouver avec elles des solutions adaptées à leurs pratiques, dans le respect de celles-ci, afin de réduire les risques de contamination et/ou de transmission du VIH ou des hépatites (13). L'exemple le plus connu de ce type de pratique est l'ouverture de « salles de shoot ». Dans ce contexte, des associations

emploient des usagers afin de faire de la prévention, mais sans que ces derniers ne partagent vraiment leur savoir expérientiel.

Les premières pratiques d'intégration de pairs aidants salariés ont été initiées aux États-Unis, avec le financement par l'Association Nationale des Directeurs de Programmes d'États pour la Santé Mentale d'un programme d'embauche de travailleurs pairs aidants en 1989 (1). C'est en 1994, lors des premières journées nationales pour la Vie Autonome, que naît en France un terme traduit d'un concept porté par le mouvement « *Independent living* », celui de pair émulation. La traduction trop réductrice des termes de « peer conseling » ou « peer support », par « support mutuel » ou « conseil transmis par les pairs » jusqu'alors utilisée, est abandonnée. La pair émulation désigne la transmission de l'expérience par les personnes en situation de handicap, qu'elles soient autonomes, ou en recherche de plus d'autonomie. L'objectif de la pair émulation est de renforcer la conscience des personnes en leurs possibilités, leurs droits et leurs devoirs. La pair émulation repose sur l'a priori que les personnes souffrant de handicap sont les premiers experts de leur situation (7). Après les États-Unis, les premières expériences d'intégration de pairs-aidants salariés ont été réalisées au Québec. Le plan québécois (2005- 2010) a proposé l'embauche de pairs-aidants dans des équipes de suivi intensifs et de soutien. Le programme, soutenu par le ministère de la santé, proposait une formation et un soutien aux pairs et aux équipes qui les embauchent (6). En 2015, dans le domaine de la psychiatrie, on dénombrait environ 10.000 travailleurs pairs aux États-Unis, contre une trentaine en France inclus dans 16 programmes. Il existe cependant des pairs aidants dans d'autres domaines. De nombreux projets ont vu ou voient le jour, suite à des expérimentations scientifiques, ou des projets d'associations avec ou sans le soutien de l'État (1).

2.3 Apparition de la pair aide en France

En France, dans les années 1980, dans le contexte de l'épidémie de SIDA, des associations d'auto-soutien se créent. En effet, devant l'extension rapide de l'épidémie de VIH, notamment parmi la population des usagers de substances toxiques, et l'extrême difficulté de mettre en œuvre des actions de prévention au sein d'un groupe social clandestin, les pouvoirs publics se sont trouvés devant une situation contradictoire. Les substances illicites sont interdites, les usagers difficiles à repérer. Mais la nécessité de stopper rapidement l'épidémie requiert au contraire la visibilité du même groupe pour

que le message préventif atteigne sa cible. L'éducation par les pairs et les groupes d'auto-support ont été des moyens employés pour répondre à cette contradiction. Les groupes d'auto-support visaient à modifier les normes chez les usagers de substances illicites par une action « de l'intérieur », permettant aux messages de prévention d'atteindre leur cible, tandis que l'éducation par les pairs avait pour objectif un changement de comportement individuel (14).

En 1992 est créé la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY), à la suite d'une prise de conscience générale du manque de représentativité des usagers directement concernés. En effet, les usagers en psychiatrie étaient auparavant représentés par des associations de familles, contrairement à ce qui se passait dans les autres pays européens, où des mouvements de représentation directe des usagers en psychiatrie existaient déjà depuis les années 1970. La FNAPSY a nommé des représentants des usagers au sein des conseils d'administration des hôpitaux spécialisés et a travaillé sur la révision de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, à la demande du Ministère de la Santé (15). Elle a eu également pour but de susciter et d'aider à la création de nouvelles associations d'usagers et de les représenter au niveau des pouvoirs publics. Ces associations d'usagers pratiquent surtout l'entraide, l'information et la mise en réseau des compétences (16). Dans ce contexte naissent les groupes d'entraide mutuelle (GEM), des associations constituées entre personnes ayant des troubles de santé similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité. Ces GEM offrent un espace où le soutien mutuel permet aux personnes souffrant de trouble psychique d'affronter les difficultés rencontrées, notamment sur le plan de l'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.

Il faudra attendre juin 1997 pour que le concept de pair émulation soit plus concrètement mis en œuvre, dans le cadre de programmes pilotes de la Commission Européenne, et par la création d'équipes régionales de soutien par les pairs. Un travail avait alors été entamé en lien avec quelques centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Il ne s'agissait cependant encore à cette époque que d'organiser des rencontres entre personnes en situation de handicap au sein d'associations diverses, de visites en centre de rééducation, dans la visée de donner à connaître des expériences d'autonomie, les droits sociaux et administratifs essentiels, à transmettre une autre philosophie du handicap (7). Dans le domaine de la santé mentale, les réelles premières

tentatives de promotion de pair aidants salariés surviendront bien plus tard. Nous pouvons citer l'équipe MARSS à Marseille en 2007 (intégration de travailleurs pairs en 2005), puis les expérimentations du programme Un Chez Soi d'Abord (2011) et du Programme Médiateurs de Santé Pairs (2012), accueillant tous deux des travailleurs pairs (1).

2.4 Exemples de programmes employant des patients pairs aidants

2.4.1 A l'étranger

2.4.1.1 Le programme Pairs Aidants Réseau (PAR) au Québec (17)

Au Québec, le plan en santé mentale de 2005-2010 avait pour objectif de permettre le recrutement de patients pair-aidants dans 30 % des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable. Pour atteindre cet objectif, le ministère de la santé et des services sociaux a financé le développement de l'implantation du programme Pairs Aidants Réseau.

Ce programme offre, en plus de la promotion et de la sensibilisation des milieux au recrutement de pairs aidants, une formation pour préparer ces derniers dans leurs rôles et des mesures de soutien aux équipes et aux pairs aidants lorsqu'elles sont employées dans les unités. La formation s'inspire d'autres programmes adaptés au contexte québécois. Plus d'une trentaine de thèmes sont abordés, dont les composantes et les étapes du rétablissement, le rôle du pair aidant dans le rétablissement, l'application de la méthode de résolution des problèmes, les enjeux liés au travail de pair aidant. Le plan d'action pour le rétablissement de la santé (PARS), désigné comme le «Wellness Recovery Action Plan» (WRAP) dans la littérature anglo-saxonne, est également abordé. Il s'agit d'un outil destiné à la planification d'actions de rétablissement, par le travail et la réflexion sur sa propre organisation de vie. Un plan WRAP « se centre sur les forces de l'individu et les développe tout en encourageant la responsabilité personnelle et l'autogestion, ce qui procure à l'intéressé une plus grande maîtrise de sa vie » (18). Le développement d'habiletés liées à l'utilisation du savoir expérientiel dans le suivi des usagers représente une part importante du programme de formation de même que l'établissement de relations avec les usagers basées sur le soutien mutuel. Un examen oral et un examen écrit terminent cette formation d'une soixantaine d'heures. La certification exige la réussite des futurs pairs aidants à ces deux examens. La première promotion de pairs aidants certifiés et employés dans des services de santé mentale

date de 2008. Une étude financée par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a analysé entre mai 2009 et avril 2010 le processus d'intégration dans six équipes offrant des services de suivi intensif et de soutien d'intensité variable des pairs aidants issus de la formation, un an après leur embauche. Des rencontres individuelles ont été réalisées auprès de six chefs de programme, six chefs d'équipe et six pairs aidants. Des groupes de discussion ont permis de recueillir les commentaires de 29 intervenants et de 31 personnes suivies par les pairs aidants. L'outil de mesure « Recovery Assesment Scale» (RAS) était utilisé pour mesurer le stade du rétablissement des pairs aidants et des usagers participant aux groupes de discussion (17).

Cette étude a permis de mettre en exergue plusieurs points

- l'intégration du pair aidant a un impact positif sur les usagers, les pairs aidants, concernant la satisfaction à l'égard des services et les pratiques des intervenants
- proposer une phase de préparation est un gage de succès à l'intégration du pair aidant
- l'intégration est plus difficile lorsque les pratiques orientées vers le rétablissement sont en émergence dans les équipes soignantes
- le savoir expérientiel, la proximité expérientielle et la proximité relationnelle différencient le soutien apporté par le pair aidant de celui offert par les autres intervenants
- le rôle et les tâches du pair aidant se précisent durant la première année d'intégration
- le double rôle du pair aidant (à la fois intervenant et ami) représente une cible importante de supervision
- le succès de l'intégration du pair aidant est lié à la collaboration interprofessionnelle entre les intervenants et le pair aidant, qui est un enjeu important

A partir de ces résultats, des recommandations ont été établies et incluses dans le guide de référence du programme PAR.

Sur le plan organisationnel :

<i>A la phase de préparation :</i>

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer le rôle du pair aidant à l'égard de la promotion de pratiques orientées vers le rétablissement dans le contexte de l'état de transformation de ces pratiques dans |
|--|

l'équipe. Pour les équipes ayant des pratiques en émergence, élaborer un plan de promotion des pratiques au sein duquel le pair aidant peut être l'une des personnes ressources.

- Offrir suffisamment d'échanges sur le profil du pair aidant à employer, de même que sur la définition initiale de son rôle et de ses tâches.
- Favoriser le consensus concernant la définition et les tâches du pair aidant, notamment en ce qui concerne un statut régulier.

A la phase d'implantation :

- Mettre en place un suivi quant à l'intégration du pair aidant et son apport spécifique dans l'équipe.
- Mettre en place pour le pair aidant des outils de référence ou d'autres documents relatifs à la définition de son rôle et de ses tâches.
- Offrir au pair aidant une supervision par un autre pair aidant.
- Favoriser la formation continue

Au plan national :

- Rendre accessible le titre d'emploi de pair aidant et promouvoir leur embauche.
- Offrir du soutien aux équipes par des experts en matière d'intégration de pair aidant.
- Promouvoir le rétablissement auprès des équipes prévoyant d'employer un pair aidant et qui ont des pratiques en voie d'émergence.

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

2.4.2 Étude pilote réalisée en Grande-Bretagne (19)

En 2006, le plan « *Delivering for Mental Health* » est créé par le « *Scottish Executive's Mental Health Division* » afin de fixer des orientations et des objectifs pour le développement des services de santé mentale en Écosse. Dans une logique de promotion du bien-être et du concept de rétablissement, le plan « *Mentally Flourishing Scotland : Policy and Action Plan 2009 -2011* » soutient la mise en œuvre de programme incluant des pairs aidants, défendu par le travail du « *Scottish Recovery Network* ». Une étude pilote de soutien par les pairs a été mise en place en janvier 2008 dans six sites distincts. Elle était dirigée par la division de la santé mentale du gouvernement écossais, en partenariat avec le « *Scottish Recovery Network* ». Les pairs aidants recrutés devaient avoir vécu l'expérience d'un problème de santé mentale, d'une maladie mentale et/ou être en phase de rétablissement. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact du soutien par les pairs sur les patients, les pairs aidants eux mêmes et les services où ils étaient inclus. Pour cela, des entretiens avec les pairs aidants avant et après le programme ont été réalisés. Les superviseurs et les professionnels de santé ont également été interrogés. Les usagers du service de santé mental étaient invités à

participer à une enquête de satisfaction et un entretien. Enfin, une analyse des événements significatifs a été réalisée avec chaque équipe pilote pour obtenir une indication de la manière dont l'approche des pairs aidants a eu un impact sur les valeurs et les pratiques de l'équipe et ses implications pour le développement des services et des pratiques locales. Cette étude pilote a apporté des éléments en faveur du déploiement d'un tel programme en Écosse et au-delà.

L'étude a tout d'abord mis en évidence un impact globalement positif des pairs aidants sur la façon dont les usagers des services de santé pensent, parlent et agissent en ce qui concerne leur propre problème de santé mentale et les voies menant au rétablissement. La notion d'espoir est apparue chez les patients grâce à l'éclairage sur les perspectives de chacun, l'apprentissage de stratégies leur permettant d'approcher le rétablissement. Parfois, l'impact était plus direct, en réduisant les actes auto-agressifs chez certains patients. Les usagers ont facilement accepté la possibilité de travailler avec un pair aidant, et ce à n'importe quel stade de la maladie mentale ou du rétablissement. Dans de rares cas, les usagers ne comprenaient pas le rôle du pair aidant ou ne participaient pas à l'approche de soutien par les pairs. Les pairs aidants quant à eux étaient confrontés à un certain nombre de challenges, notamment :

- développer un nouveau rôle sans infrastructure déjà existante ni rôle clairement défini
- s'adapter à un nouvel environnement de travail
- s'ajuster au monde du travail après plusieurs années de chômage
- s'intégrer dans des équipes où la pratique n'est pas axée sur le rétablissement
- être confronté aux problèmes des patients qui peuvent leur rappeler leurs propres difficultés et expériences

Beaucoup de pairs aidants ont souligné l'augmentation de la confiance en eux et la meilleure estime d'eux-mêmes que ce travail leur a apportées, et qui ont contribué à leur propre processus de rétablissement. Lorsque certains pairs aidants ont perçus des symptômes de rechute, ils ont pu en discuter de manière positive avec les employeurs. Enfin, le programme a eu un impact sur les services de psychiatrie où ils étaient employés. Pour évaluer cela, des entretiens ont été menés avec deux des superviseurs de chacun des sites pilotes, ainsi qu'avec trois représentants nationaux. L'objectif de ces entretiens était de recueillir des informations sur les problèmes de mise en œuvre identifiés, tant au niveau local que national, sur l'efficacité des supports mis en place et

sur les perspectives de développement futur du soutien par les pairs en Écosse. Une analyse des événements significatifs a été également réalisée dans chaque site pilote pour un examen plus approfondi de la mise en œuvre, de l'intégration et des impacts des pairs aidants. Différents aspects de l'impact des pairs aidants sont ressortis de ces analyses. Certains professionnels de santé ont notamment mis en avant la réduction de la fracture entre le « eux et nous », le pair aidant créant une passerelle entre les usagers des services de santé et professionnels de santé. Ils ont aidé même les équipes les plus progressistes à être plus attentives aux principes du rétablissement et à élaborer des stratégies plus efficaces pour l'appliquer à leur pratique. Le type d'organisation dans lequel le pair aidant était inclus ne semblait pas avoir autant d'importance que l'équipe dans laquelle ils travaillaient. Le meilleur type d'équipe où inclure les pairs aidants était celle qui était ouverte à l'approche axée sur le rétablissement et qui commençait à la mettre en œuvre dans sa pratique.

Au total, l'étude pilote développée en Écosse a montré que les pairs aidants pouvaient remplir un rôle distinct et unique, complémentaire des équipes de soins et pouvant les renforcer.

Elle soulevait cependant des défis à relever pour développer de meilleures pratiques, notamment en matière de définition et de mise en œuvre de ce rôle de soutien par les pairs.

2.4.3 En France

Un projet pilote, lancé par le Centre collaborateur OMS pour la santé mentale (CCOMS), a vu le jour avec l'aide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et des Agences Régionales de Santé (ARS) Nord-Pas-De-Calais, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (20).

Ce projet s'est déroulé sur 2 ans (2012-2014), en 2 phases, d'une durée d'un an chacune :

- Une première phase de formation universitaire en alternance (théorie et pratique via stages), coordonnée par Paris VIII, pour obtenir un « DU médiateur de santé-pair »
- Une seconde phase de mise en situation dans les équipes après l'obtention du DU.

Ce projet s'est déployé sur 3 régions françaises : le Nord-Pas-de-Calais, la région Île-de-France et la région Provence-Alpes-Cote d'Azur.

Un appel d'offre pour la participation des établissements publics de santé mentale a été diffusé par les ARS en juin 2011, permettant de retenir 16 services de psychiatrie et de santé mentale dans 12 établissements différents. Les établissements participants ont par la suite lancé un appel à candidature pour le recrutement des pairs aidants. Vingt-neuf pairs aidants ont ainsi été recrutés en 2012, embauchés en CDD et intégrés dans des services de psychiatrie publique. Les pairs aidants diplômés proposaient un accompagnement spécifique pour les personnes ayant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique. Leur travail s'est axé sur :

- L'accès aux soins
- L'accompagnement : ils jouaient un rôle de soutien à l'insertion sociale en lien avec les diverses associations locales, lutte contre la solitude, etc.
- Le soutien relationnel
- La participation à la démarche d'éducation à la santé : par exemple en donnant une information sur les thérapeutiques

Un rapport final sur le programme a été publié en septembre 2014, présentant les résultats (6). A la fin du programme, 14 pairs aidants l'avait quitté (13 avant la fin de celui-ci, 1 dont le contrat n'a pas été maintenu jusqu'à la fin du programme). Des entretiens avec les pairs aidants et les équipes médicales ont été réalisés après la sortie du programme, permettant de mettre en évidence les causes de ces interruptions : crainte ou réelle rechute, insatisfaction face aux fonctions et activités proposées et confrontations aux équipes soignantes et l'émergence de conflits. De la même manière, la bonne intégration des pairs aidants dans les équipes a été étudiée. Le rapport final a permis d'isoler six configurations d'intégration :

- Configuration 1 : le pair aidant est bien intégré dans l'institution et remplit une fonction plus ou moins développée et à plus ou moins de travail à accomplir : 7 cas.
- Configuration 2 : insertion professionnelle, tout en développant une activité soit dans laquelle il atténue son passé de malade, soit qui est dépourvue d'espace d'autonomie et d'initiative, soit dans laquelle il est sous-occupé : 7 cas.
- Configuration 3 : Le pair aidant déploie des activités relevant de son rôle propre, mais sa façon de travailler, « trop autonome », et les caractéristiques du site font qu'il est en conflit avec l'institution ou l'équipe. Cette situation de conflit peut ne pas être stable : 1 cas.

- Configuration 4 : Le pair aidant a du mal à remplir de façon convaincante, pour l'équipe, sa fonction et suscite des conflits larvés avec l'institution ou l'équipe : 1 cas.
- Configuration 5 : Le pair aidant a abandonné le programme dans une trajectoire neutre ou positive de rétablissement et ce indépendamment du rapport positif ou négatif au temps passé dans l'expérimentation : 9 cas.
- Configuration 6 : Le pair aidant a quitté le programme sur la base d'un rapport négatif au programme et d'une rechute liée à son travail (soit à cause du rapport aux patients, soit à cause du rapport à l'institution hospitalière) : 4 cas.

Plusieurs pairs aidants ont vu leur situation changer, ces configurations étant dynamiques. Au terme de l'expérimentation, le rapport a relevé 4 cas dont l'abandon est dû à une rechute et pour lesquels le programme a entravé leur rétablissement personnel. Sur les 29 pairs aidants recrutés au début du programme, 15 sont en activité au 1er septembre 2014. Parmi eux, 14 sont parvenus à s'insérer dans les services (configurations 1 et 2). Après deux années et demi d'expérimentation, la moitié des pairs aidants est donc parvenue à trouver une place dans les services, même s'ils ne se sentent pas tous intégrés au même titre que leurs collègues.

Le rapport final s'est également penché sur les différentes conséquences que peut avoir l'intégration de pairs aidants dans les équipes soignantes. Il s'est tout d'abord intéressé aux patients auprès desquels les pairs aidants sont intervenus. Dans certaines situations, les usagers parlent de rétablissement et l'attribuent au pair aidant. Il s'agit des cas où le pair aidant voyait régulièrement, en face à face et de façon prolongée (au moins une heure) le patient, que ce soit dans le cadre d'entretiens en visite à domicile, au centre médico-psychologique, ou lors de démarches ou d'activités en ville. Il faut donc que le pair aidant suscite et soutienne une relation forte permettant que les rencontres deviennent un levier pour le changement. Ensuite, le rapport s'est penché sur les équipes médicales où ont été intégrés les pairs aidants. Des effets ont pu être observés à différents niveaux, que ce soit sur l'organisation des services, les pratiques professionnelles, les représentations de la maladie, du soin ou de l'éthique professionnel. Ces effets sont d'une assez faible intensité, sont très inégaux d'un service à un autre et sont fortement corrélés à l'intégration des pairs aidants dans leurs services. Enfin, le rapport s'est intéressé au pair aidant lui-même et à son processus de rétablissement. Beaucoup de dimensions de l'expérience de travail des pairs aidants

jouent sur leur processus de rétablissement, que ce soit positivement ou négativement. Pour illustrer ces propos, l'évolution de l'utilisation de médicaments chez deux pairs aidants ayant eu une expérience de travail presque opposée a été particulièrement suivie, en supposant que cela serait un indicateur de rétablissement. L'un a pu réduire son traitement au fur et à mesure que son expérience professionnelle réussissait, et à l'inverse, l'autre pair aidant a dû reprendre un traitement qu'il n'avait plus depuis longtemps, puis a arrêté l'expérience. Il a indiqué clairement que cela était lié aux problèmes de son expérience professionnelle, et notamment à l'hostilité de ses collègues, du manque de reconnaissance institutionnelle, de l'impossibilité d'exercer son travail au contact de patients, et d'un manque de sentiment d'utilité, d'éthique et de sens positif de son travail.

Le rapport a également élaboré des préconisations et des suggestions pour l'avenir de ce genre de programme incluant des pairs aidants dans les services de psychiatrie. Les modalités de mise en œuvre ont rendu l'opération coûteuse, mouvementée et difficile. Il semblerait souhaitable que de nouvelles modalités d'opérationnalisation du projet soient testées. Différents points restant flous étaient signalés, comme le mode de professionnalisation des pairs aidants et l'orientation de leur éthique et déontologie professionnelles, ainsi que leur positionnement symbolique et pratique par rapport à l'institution psychiatrique (6).

3 Travail personnel : Efficacité des interventions de pairs aidants auprès de sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie et troubles bipolaires ; revue de la littérature

3.1 Contexte

L'intégration de pairs aidants dans les services de psychiatrie a pris de nombreuses années, comme la première partie de ce travail l'a détaillé. Actuellement, sous l'impulsion des associations d'usagers, l'offre de postes se développe. La question des modalités d'intégration des pairs aidants au sein des unités a été en partie résolue par la création de programmes visant à donner un cadre à cette pratique. Cependant, leur efficacité pour les sujets souffrant de pathologies telles que le trouble bipolaire ou le trouble du spectre de la schizophrénie, est encore mal connue. Il en est de même en ce qui concerne les facteurs influençant l'intégration des pairs aidants au sein des équipes de soins et les difficultés auxquelles ils font face. L'objectif de cette revue de la littérature

est donc synthétiser les connaissances portant sur l'efficacité de l'intervention de pairs aidants sur la prise en charge de sujets souffrant de troubles de troubles du spectre de la schizophrénie et troubles bipolaire.

3.2 Méthode

La recherche a été réalisée en novembre 2019 sans limitation concernant la date de publication. Les articles ont été recensés à partir des bases de données électroniques PubMed, Scopus, grâce à une équation de recherche incluant les *Medical Subject Headings* (MESH) suivant :

- « peer* help* », « peer* support* » et « peer* specialist* »
- « schizophrenia », « bipolar disorder » et « severe mental illness »

Les références citées dans les articles sélectionnés ont été examinées afin d'identifier toute étude supplémentaire pertinente.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Les sujets devaient majeurs (âgés de plus de 18 ans),
- souffrant de pathologie psychiatrique sévère (trouble du spectre de la schizophrénie, trouble bipolaire principalement),
- l'article devait être rédigé en langue anglaise ou française
- Les articles décrivant les effets des interventions des pairs aidants sur les patients et les conditions nécessaires à leur bonne mise en place.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les patients inclus étaient mineurs
- L'article portait sur des vétérans de guerre et des patients avec casier judiciaire, pour des questions de généralisation des résultats
- L'article portait sur des patients ne souffrant pas de pathologie mentale
- L'article portait sur des patients souffrant uniquement de troubles de l'usage de substance ou d'état de stress post-traumatique
- La recherche se focalisant essentiellement sur la schizophrénie et le trouble bipolaire, les articles qui portaient sur des patients souffrant uniquement de dépression n'étaient pas inclus
- L'article portait sur les aidants de personnes atteintes de pathologies psychiatriques et les pairs aidants familiaux

- L'article portait sur des programmes dont l'effet de l'intervention des pairs aidants ne pouvait pas être individualisé
- L'article portait sur des programmes d'entraide mutuelle et groupes de soutien entre pairs
- Quand il était précisé que les pairs aidants employés n'avaient pas reçu de formation
- Quand il était précisé que les pairs aidants employés étaient des bénévoles ou ne recevait pas de salaire ou d'indemnité financière
- Les articles décrivant un protocole expérimental sans que les résultats ne soient encore connus ou les études exploratoires
- Les lettres à l'éditeur, les éditoriaux, les commentaires, les points de vue, les états des lieux, les chapitres de livre et les témoignages
- Les articles dans une langue autre que le français et l'anglais

3.3 Résultats

Parmi les 530 articles trouvés, 79 doublons ont été éliminés, 9 ont été enlevés car ils étaient dans une langue autre que l'anglais ou le français. 177 articles ont été éliminés à la lecture du titre, 108 à la lecture du résumé, et 109 après lecture de l'article entier. Au total, 48 articles ont été inclus.

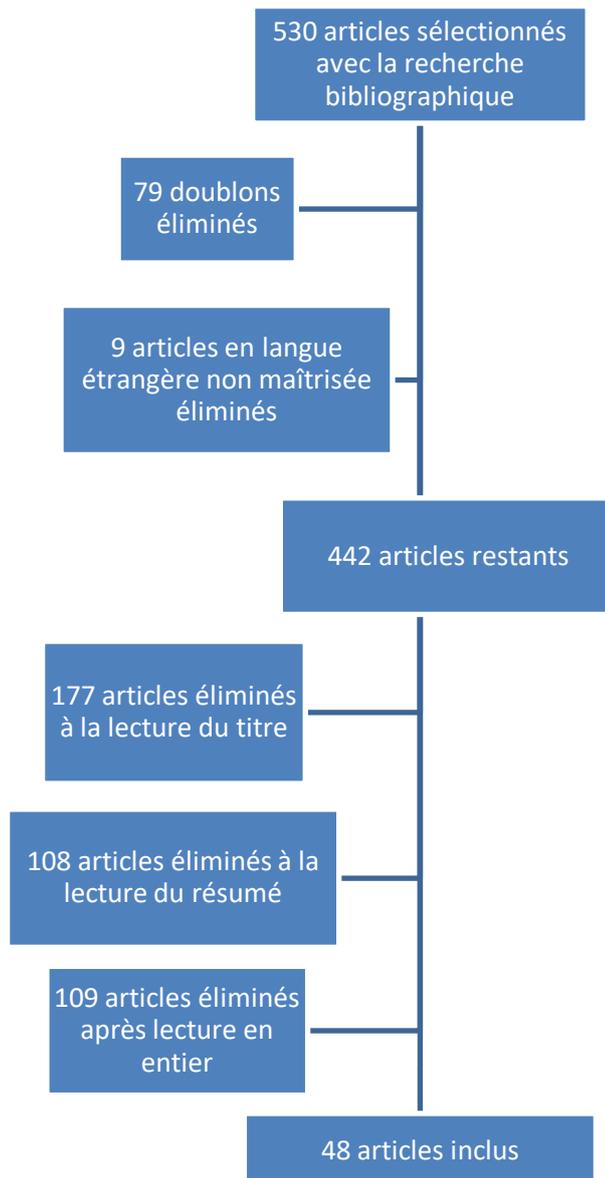


Figure 1. Diagramme de flux de la sélection des articles

Les 48 articles inclus se divisent en deux thématiques :

- Efficacité de l'intervention des pairs aidants auprès des patients
- Barrières et la facilitateurs à l'intégration des pairs aidants dans les équipes et les établissements de soins

3.3.1 Efficacité de l'intervention des pairs aidants auprès des patients

Sur les 48 articles sélectionnés, 24 présentent des résultats concernant l'efficacité des interventions des pairs aidants auprès des patients. Ces résultats ont été synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Article	Type	Objectif	Nombre de patients inclus	Mesures/échelles utilisées	Résultats
Otte I et al, 2019 (21)	Étude qualitative	Explorer les effets bénéfiques du travail de soutien par les pairs et réfléchir de manière critique aux potentielles sources de malentendus.	9 entretiens avec des pairs aidants	Entretiens ouverts, semi-structurés avec les pairs aidants, groupes de discussion avec les professionnels de santé et les pairs aidants	L'intégration de pairs aidants au sein des équipes de soins améliore l'adhésion aux soins des patients et la continuité de traitement, les patients étant moins sceptiques et défensifs envers un pair qu'envers un médecin ou un soignant
Castellanos D et al, 2018 (22)	Étude comparative quantitative	Aide à la décision de recourir à des pairs aidants Mesure de résultats concernant l'utilisation des services lorsque des pairs aidants sont employés	1835 patients: 367 dans le groupe expérimental, 1468 dans le groupe de traitement habituel	- Nombre de rencontres pour les services ambulatoires - Nombre d'hospitalisations et durée de séjour, - <i>Functional Assessment Rating Scale</i> (FARS),	Patients ayant recours à des prises en charge avec des pairs aidants - utilisation des services ambulatoires plus fréquente - moindre sollicitation des équipes de services communautaires complets et moins d'aide dans la gestion des médicaments. - plus susceptibles d'être admis en unité de stabilisation de crise, durée moyenne de séjour presque 2x plus longue. - scores fonctionnels moindre dans de nombreux domaines, hormis dans le domaine des relations interpersonnelles, qui s'améliore de façon significative. - Pas de différence entre les deux groupes en termes d'emploi, de logement, et de dépendance

Johnson S et al, 2018 (23)	Essai contrôlé randomisé	Tester si une intervention d'autogestion facilitée par des pairs aidants pouvait réduire le taux de réadmission pour les patients	441 patients : 221 dans le groupe expérimental, 220 dans le groupe témoin	Réadmission des patients en service de soins aigus dans l'année suivant l'entrée dans l'étude, durée de séjours, délai avant la première rechute ; <i>Questionnaire on the Process of Recovery, Illness Management and Recovery Scale, Client Satisfaction Questionnaire, Brief Psychiatric Rating Scale, University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale, Lubben Social Network Scale</i>	Réduction du nombre de réadmissions en soins de courte durée, délais de réadmission plus longs, pas de différence du nombre de jours d'hospitalisation. Pas de différence significative sur le rétablissement.
Fan Y et al, 2018 (24)	Étude qualitative	Décrire un modèle de service délivré par des pairs aidants et sa mise en œuvre en Chine, y compris sa faisabilité et sa durabilité	12 pairs aidants, 50 patients, 15 soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'activités, fréquence, durée moyenne, format des activités, sujets et proportion de chaque sujet dans l'activité, retour des patients sur les activités. - Formation et supervision des pairs aidants évalués par le relevé des plannings et manuels de formation, les enregistrements audio et écrits des supervisions. - Entretiens semi-structurés pour évaluer la satisfaction des patients. Entretiens structurés évaluant les bénéfices perçus du programme. 	Patients globalement satisfaits, amélioration de leur compétences en communication ; inclusion de ces services est faisable
Fortuna K L, Storm M et al, 2018 (25)	Étude interventionnelle qualitative	Évaluer l'impact de Peer-Tech (intervention d'autogestion médicale délivrée par les pairs) sur les patients	8 patients, 3 pairs aidants	Entretiens semi-structurés pour les patients, groupes de discussion pour les pairs aidants	Le soutien par les pairs pourrait faciliter l'utilisation de la technologie en renforçant les perceptions de responsabilité, confiance, espoir, de lien humain et de soutien social

Fortuna K L, DiMilia P R et al, 2018 (26)	Étude pilote avant-après	Évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de l'intervention Peer-Tech	10 patients	<i>12-item Herth Hope Index, Empowerment Scale, The Medical Outcomes Study Social Support Survey instrument, Illness Management and Recovery Scale (IMRS), Self-Rated Abilities for Health Practices Scale (SRAHPS), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF), Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale (SEMCD)</i>	Intervention acceptable et potentiellement associée à des améliorations de l'autogestion psychiatrique, de l'auto-efficacité pour la gestion des maladies chroniques, l'espoir, la qualité de vie et l'autonomisation des personnes âgées atteintes de maladie mentale grave et de problèmes de santé chroniques
Tse S et al, 2017 (27)	Étude longitudinale qualitative	Explorer l'évolution des points de vue sur les services de soutien par les pairs des principales parties prenantes (pairs aidants, leurs collègues et patients)	5 pairs aidants, 15 patients, 14 collègues de travail	Entretiens semi-structurés	Réduction du stress et de la douleur, meilleur sommeil, parfois 1 ^{er} contact avec pair aidant négatif (sentiment d'infériorité), amélioration du bien-être et de la relation avec les autres
Scanlan J N et al, 2017 (28)	Étude longitudinale avant/après	Évaluer les résultats d'un programme de soutien post-hospitalisation dispensé par des pairs aidants	38 patients	<i>Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS), Personal Wellness Wheel</i> ; estimation du nombre de jours d'hospitalisation avant et après l'intervention, temps écoulé entre le début de l'étude et le contact initial, durée de l'engagement, nombre de contact avec le service, type de contact, réalisation des objectifs. Conception d'un questionnaire pour mesurer la satisfaction des patients. Entretiens semi-structurés avec les patients.	Amélioration de la récupération fonctionnelle et clinique, du bien-être social, intellectuel et psychologique, réduction du nombre de jours d'hospitalisation

Mahlke CI et al, 2017 (29)	Essai contrôlé randomisé	Comparer le soutien individuel par un pair aidant au traitement habituel	216 patients : 114 dans le groupe expérimental, 102 dans le groupe témoin	Version allemande de la <i>General Self-Efficacy Scale (GSE)</i> , <i>Modular System for Quality of Life</i> , <i>EuroQol Questionnaire EQ5D</i> , <i>Global Assessment of Functioning scale</i> , nombre de jours passés à l'hôpital	Scores d'auto-efficacité plus élevés à 6 mois, pas de différence statistique significative pour qualité de vie, fonctionnement social et hospitalisations
White H et al, 2017 (30)	Étude qualitative	Évaluer l'impact de l'intervention de pairs aidants dans un service de prise en charge précoce de la psychose	Entretiens avec 6 membres de l'équipe soignante	Groupes de discussion semi-structurés	Amélioration de la confiance et de l'engagement dans le service des patients
Kidd S A et al, 2016 (31)	Étude quantitative et qualitative avant/après	Décrire les résultats et la faisabilité d'une intervention délivrée par des pairs aidants ayant pour but de faciliter la sortie d'une longue hospitalisation	23 patients	Fréquence de réadmission à l'hôpital, <i>Satisfaction With Life scale</i> , <i>Brief Symptom Inventory</i> , <i>4-item psychological component subscale of the Community Integration Scale</i> , <i>The 17-item Multnomah Community Ability Scale</i> , entretiens semi-structurés	Augmentation global du fonctionnement dans la communauté, de la qualité de vie rapportée, pas de différence dans le nombre de réhospitalisation à 1 et 6 mois. Soulage l'anxiété liée à la sortie d'hospitalisation, intervention utile et appréciée
Rogers ES et al, 2016 (32)	Étude contrôlée randomisée	Évaluer les effets du soutien individuel par des pairs aidants chez des patients hospitalisés à la demande de la justice	113 patients : 63 dans le groupe expérimental, 50 dans le groupe témoin	<i>Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)</i> , <i>Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24)</i> , <i>Recovery Assessment Scale (RAS)</i> , <i>Brief Quality of Life Scale (BQOL)</i> , durée en minutes des services de soutien par les pairs délivrés aux patients	Pas de différence significative à la RAS et à l'ISEL. Meilleure qualité de vie et bien-être, meilleur fonctionnement en terme de consommation de substances à la BASIS-24.
Salzer M S et al, 2016 (33)	Essai contrôlé randomisé	Évaluer l'efficacité des services fournis par les pairs aidants des « <i>Centers for independant living</i> »	99 patients	<i>The Temple University Community Participation Measure</i> , <i>The Recovery Assessment Scale (RAS)</i> , une sélection de 10 items du <i>Lehman's Quality of Life Interview</i> ,	Participation faible, pas de différence observée dans l'analyse de mesures répétées dans le temps, analyses post-hoc montrent plus de participation à 12 mois

					<p><i>The Empowerment Scale, The Camberwell Assessment of Need, The Working Alliance Measure</i>, questions ouvertes sur le soutien reçu et les résultats</p>	<p>par rapport au groupe témoin, meilleurs scores d'empowerment par rapport à T0, augmentation des scores de rétablissement et de qualité de vie au cours du temps.</p> <p>Étude qualitative : soutien dans le domaine de l'information et de l'orientation surtout, puis dans le soutien, peu d'apport en ce qui concerne l'acquisition de nouvelles compétences ou la défense des droits</p>
Wroblewski et al, 2015 (34)	Étude contrôlée et randomisée et entretiens qualitatifs	Comparer les résultats en terme de qualité de vie de patients pris en charge par des pairs aidants et des travailleurs en santé mentale	15 patients : 9 dans le groupe expérimental, 6 dans le groupe témoin	<p><i>The Quality of Life Interview-Brief Version</i>, entretiens semi-structurés</p>	<p>Pas de différence significative entre les deux groupes à 6 mois.</p> <p>Entretiens qualitatifs : importance de l'alliance thérapeutique dans les deux types de traitement</p>	
Tse S et al, 2014 (35)	Étude qualitative et quantitative	Décrire le programme et évaluer l'efficacité sur les pairs aidants et les patients qui en bénéficient	22 patients, 18 pairs aidants	<p>Pour les pairs aidants : versions chinoises des <i>Trait Hope Scale, Recovery Assessment Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale</i>, questionnaire d'évaluation du programme de formation et questionnaire pour évaluer l'expérience vécue des pairs aidants dans leur nouveau travail, pour les patients : création d'un questionnaire correspondant aux objectifs de l'intervention</p>	<p>Patients globalement satisfaits, apprécient avoir quelqu'un qui a partagé des expériences similaires à qui parler, aide à diminuer le stress et apaiser les émotions négatives. Ils réalisent qu'ils ne sont pas seuls et aide à reprendre confiance en leur propre rétablissement.</p>	

Lien A D et al, 2013 (36)	Étude qualitative	Définir quels sont les bénéfices attendus par les patients de la prise en charge avec un pair aidant. Comment les attentes concernant les services délivrés par un pair aidant sont liées à la satisfaction à l'égard de ces services	172 patients : 26 recevant des services de pairs aidants, 146 n'en recevant pas	Entretiens et groupes de discussion, les <i>outcomes of services, outcomes scale</i> et <i>satisfaction with services scales</i> tirées du <i>Mental Health Statistical Improvement Program (MHSIP) consumer survey</i> et adaptées aux besoins de l'étude	Les attentes envers les pairs aidants ne sont pas différentes entre les deux groupes. Les patients bénéficiant des services d'un pair aidant reçoivent les services qu'ils attendent, ce qui entraîne une satisfaction élevée.
Henderson A R et al, 2013 (37)	Étude qualitative	Évaluer l'impact de la prise en charge d'un pair aidant sur les patients	9 patients	Groupe de discussion	Induit de la motivation, une interaction sociale accrue. Aide à un mode de vie plus sain, une attitude mentale positive générant une réduction du stress et un sentiment d'accomplissement, et un renforcement de la confiance.
Proudfoot J, Parker G et al, 2012 (38)	Étude contrôlée randomisée	Comparer l'efficacité d'un programme de psychoéducation en ligne sur le trouble bipolaire selon qu'il soit complété seul ou avec un pair aidant, sur les symptômes et le contrôle perçu de la maladie	407 patients : 134 dans le groupe d'éducation en ligne + soutien par pair aidant, 139 dans le groupe d'éducation en ligne seule, 134 dans le groupe témoin	<i>Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)</i> , <i>Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS)</i> , <i>The Work and Social Adjustment Scale (WSAS)</i> , <i>The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)</i> , <i>The Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i> , <i>The Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)</i> , ajout d'un item pour mesurer la stigmatisation perçue, remplissage de tableaux d'humeur quotidiens par les patients	Aucune différence significative entre les groupes de traitement sur les perceptions de contrôle, de compréhension, de stigmatisation, ou sur les niveaux de dépression et d'anxiété, avant et après l'intervention. Les effets du traitement n'ont pas été plus importants chez ceux qui ont terminé le programme avec un soutien supplémentaire, par rapport à ceux qui ont terminé le programme seul. L'ajout du soutien par les pairs a entraîné une plus grande adhésion au programme

Rabenschlag F et al, 2012 (39)	Étude longitudinale contrôlée, non randomisée	Examiner l'influence des pratiques orientées vers le rétablissement des pairs sur les attitudes de rétablissement des patients. Explorer à qui profite le plus ces pratiques	149 patients : 115 dans le groupe expérimental, 34 dans le groupe témoin	<i>Recovery Attitudes Questionnaire 7 (RAQ 7)</i> , <i>Recovery Process Inventory (RPI)</i> , commentaires écrits des institutions psychiatriques et des pairs aidants	Un plus grand nombre de patients pense que le rétablissement est possible juste après l'intervention, ne se maintient pas dans le temps. Concernant la question de savoir à qui profite le plus l'intervention : femme, mais pas significatif, schizophrénie juste après l'intervention, avoir fait 2 épisodes ou plus
Landers G M et al, 2011 (40)	Essai contrôlé	Déterminer la relation entre soutien par un pair aidant et la probabilité d'hospitalisation et de stabilité de la crise	35668 patients, 1910 dans le groupe expérimental, 33758 dans le groupe témoin	Relevé des demandes d'hospitalisation psychiatrique et de stabilisation de crise, et des comorbidités addictives	Moins de demande d'hospitalisation si prise en charge par pair aidant, mais pas significatif. Patients pris en charge par un pair aidant plus susceptible d'expérimenter une période de stabilisation de la crise que les témoins. Ils utilisent également plus les services de santé mental ambulatoire.
Sledge W H et al, 2011 (41)	Essai contrôlé randomisé	Évaluer la faisabilité et l'efficacité de l'utilisation du soutien par les pairs pour réduire les hospitalisations psychiatriques récurrentes	74 patients : 38 dans le groupe expérimental, 36 dans le groupe témoin	Nombre d'hospitalisation et durée en jours des hospitalisations pendant la durée de l'étude (9 mois)	Sur un suivi de neuf mois, moins d'hospitalisations dans le groupe ayant reçu un soutien par un pair aidant et moins de jours d'hospitalisation. Pas de lien entre le nombre de contact avec le pair aidant et les résultats en terme d'hospitalisation
Lawn S et al, 2008 (42)	Étude quantitative et qualitative	Évaluer les 3 premiers mois de fonctionnement d'un service de soutien par les pairs qui a pour but le	49 patients	Commentaires de tous les groupes de participants (patients, pairs aidants, soignants, médecins généralistes, personnel du projet. Données	17% de rechute, 30% attendu. Le nombre de contact avec les urgences a été considérablement réduit par rapport aux périodes antérieures à l'étude. Les

		soutien lors de la sortie précoce de l'hôpital et d'éviter les hospitalisations.		quantitatives : sorties d'hôpital, admissions, contact avec les urgences, estimation du nombre de « jours-lits » économisés	patients ont rapporté l'importance de l'expérience vécue, l'amélioration dans la prise en charge à la sortie de l'hôpital et de la continuité des soins. Les pairs aidants sont un modèle de rétablissement en qui ils ont confiance. Meilleure compréhension du soutien à fournir à cette population. La possibilité d'un contact initial avant la sortie du service est un avantage supplémentaire
Sells D et al, 2008 (43)	Étude contrôlée randomisée	Évaluer les expériences de validation et d'invalidation des patients selon qu'ils soient pris en charge par un pair aidant ou des soignants traditionnels	137 patients : 68 dans le groupe expérimental, 69 dans le groupe témoin	<i>The Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI)</i> , <i>The Addiction Severity Index (ASI)</i> , <i>The Quality of Life Inventory-Brief Version (QOLI-B)</i>	Communication avec pair aidant significativement plus validante qu'invalidante par rapport au groupe témoin. Cependant, l'invalidation par le pair aidant de certains comportement induit également de plus grands bénéfices (meilleure santé perçue, moins de problème de santé physique et mentale, meilleure relation avec la famille) à 6 mois, mais pas à 12 mois
Bates A et al, 2008 (44)	Étude quantitative et qualitative	Présenter la planification, la mise en œuvre et les résultats d'un essai sur un service de soutien par les pairs visant à répondre aux besoins en matière de santé « physique » des patients	25 patients	Les cliniciens ont rempli un questionnaire avant et après l'intervention pour évaluer leurs attitudes envers le soutien par les pairs et la santé de leurs patients. Les patients ont rempli un questionnaire avant et après l'intervention pour évaluer leurs besoins en santé physique, leurs comportements en matière de santé et leur	Sur les 12 patients n'ayant pas de médecin traitant à l'entrée, 9 en ont trouvé un. Augmentation de l'activité physique (marche avec le pair aidant) rapportée par 20 patients, meilleure alimentation rapportée par 7 patients, 8 rapportent une perte de poids, l'établissement d'un

relation avec leur pair aidant. Les pairs aidants ont rempli un questionnaire avant et après l'intervention évaluant leurs activités, leur relation avec les patients et leur capacité à travailler avec les gestionnaires de cas référents

lien avec un centre d'exercice communautaire pour 11 patients et soutien à l'arrêt du tabac pour 5 patients. Echec de la mise en place de ce programme dans l'un des trois centre.

Tableau 1. résumant les résultats des articles en ce qui concerne l'efficacité des interventions employant des pairs aidants auprès des patients

3.3.2 Facteurs influençant l'intégration des pairs aidants dans les équipes de soins et les services de santé mentale, difficultés rencontrées dans l'exercice de leur fonction

Vingt-sept études se sont intéressées à la question des facteurs qui influencent l'intégration des pairs aidants dans les services de santé mentale et les défis auxquels ils font face en exerçant leur métier. Les facteurs constituant des difficultés et des facilitateurs à l'exercice du rôle de pair aidant et à leur intégration sont résumés dans les deux tableaux qui suivent : un sur les difficultés, regroupant 18 études, un sur les facteurs facilitants comprenant 13 études (certaines études présentant à la fois les facteurs facilitants et les barrières à l'intégration des pairs aidants) .

Article	Type	Objectif	Nombre de patients inclus	Mesures/échelles utilisées	Résultats
Ogundipe E et al, 2019 (45)	Étude qualitative descriptive	Explorer et décrire les défis rencontrés par les patients dans l'établissement d'une relation avec leur pair aidant	26 patients	Groupes de discussion	Description des difficultés rencontrées dans la relation des utilisateurs avec les pairs aidants : -accepter les différences : les utilisateurs ont besoin d'approches différentes et ont des cheminements différents, ont besoin de différents pairs aidants -Facteurs contextuels : le stade de rétablissement des pairs aidants compte, la réglementation peut être un obstacle (manque de souplesse)
Ehrlich C et al, 2019 (46)	Étude qualitative transversale	Répondre aux questions : - Comment le travail des pairs aidants est-il construit dans une équipe interprofessionnelle de	24 participants : 5 pairs aidants, 16 (infirmiers, ergothérapeutes, psychiatres, assistantes	Entretiens semi-structurés	Le pair aidant doit se créer une légitimité dans l'équipe, en devenir un membre précieux. Le vécu expérientiel ne suffit pas. Il doit

		soins ? - Comment les équipes de soins répondent-elles à l'inclusion des pairs aidants en tant que membres de l'équipe ?	sociales, pharmaciens) et 3 qui avaient un rôle de soutien non clinique		trouver sa place dans la hiérarchie de l'équipe, trouver le juste milieu entre rôle clinique et révélation de soi, s'adapter aux besoins des patients. Le travail de pair aidant est adaptable aux compétences du pair aidant.
Vélez-Grau C et al, 2019 (47)	Étude observationnelle qualitative	Discuter de quatre domaines (l'approche, le langage, les résultats, la compétence) dans lesquels des tensions ont été observées lors de la formation et de la supervision de pairs aidants pour réaliser une intervention de groupe sur l'équilibre du mode de vie. Donner des suggestions pour préserver la contribution du savoir expérientiel des pairs.	Pas de données	Observation directe, enregistrements audio des pairs aidants délivrant l'intervention, discussions avec les pairs aidants, l'équipe de recherche et les superviseurs d'agence	4 points de tension : savoir expérientiel vs approche basée sur les preuves, discours profane vs scientifique, processus de soin vs résultats, formation scientifique vs formation aux compétences professionnelles générales. Pistes pour améliorer la formation des pairs aidants.
Cleary M et al, 2018 (48)	Étude qualitative	Explorer les défis rencontrés par les pairs aidants lorsqu'ils impliquent des patients dans la prise de décision concernant leurs soins et les stratégies qu'ils ont employées pour surmonter ces défis afin d'améliorer la participation des patients dans la prise de décision et le rétablissement.	6 pairs aidants	Entretiens semi-structurés	Définition du rôle des pairs aidants floue, déséquilibre de pouvoir (paternalisme), approche médicale centrée sur le médecin, manque de ressource pour pouvoir exercer leur rôle.

Walsh PE et al, 2018 (49)	Étude qualitative	Explorer, articuler et élargir les concepts existants de soutien par les pairs rémunéré au sein des organisations de santé mentale gérées par les consommateurs dans le Queensland, Australie.	32 participants : 21 patients, 4 managers/coordonateurs, 3 pairs aidants, 1 membre de l'équipe de soins, 1 référent, 1 expert en soutien par les pairs, 1 financeur	Entretiens individuels et groupes de parole	Discrimination du fait de la révélation de la maladie mentale, tension autour des effectifs et des possibilités d'évolution de carrière. Quel accès aux soins pour les pairs aidants en cas de rechute ? Risque de traumatisme du fait du travail. La rémunération peut remettre en cause le travail mutuel entre le pair et son patient
Simpson A et al, 2018 (50)	Étude qualitative	Explorer l'évolution de l'identité professionnelle des pairs aidants	20 participants : 8 pairs aidants et 12 patients	Groupes de discussion et entretiens semi-structurés	Rapportent parfois des difficultés relationnelles avec les équipes de soins, ne se sentant pas pleinement intégrés. Importance du superviseur, qui renforce ce qui a été appris au cours de la formation et peut aider à gérer les problèmes rencontrés par les pairs aidants en poste. Difficultés liées à la position floue de pair aidant (ami et professionnel de santé, membre de l'équipe mais indépendant, fournisseur de soins et malade). Importance de la formation.
Tse S et al, 2017 (27)	Étude longitudinale qualitative	Explorer l'évolution des points de vue des principales parties prenantes (pairs aidants, leurs collègues et patients) sur les services de soutien par les pairs	5 pairs aidants, 15 patients, 14 collègues de travail	Entretiens semi-structurés	Amélioration de la clarté des rôles de pair aidant au fur et à mesure, choses à améliorer : limites relationnelles avec les patients, formation du pair aidant

Mancini et al, 2017 (51)	Étude qualitative	Explorer l'intégration des services de pairs aidants dans les services de santé mentale communautaires	23 pairs aidants, 11 soignants non pairs	Entretiens semi-structurés	Facteurs jouant sur l'intégration des pairs aidants de leur point de vue : la satisfaction au travail (influencée par la clarté du rôle, les responsabilités et l'autonomie), l'acceptation par les autres professionnels de santé (inclusion dans les équipes, respect, stigmatisation), la professionnalisation (opportunités de développement professionnel, fixer des normes professionnelles). Du point de vue des autres professionnels de santé non pair, inclusion perturbée par : la clarté du rôle également, les limites et attentes professionnelles floues, les difficultés en cas de rechute d'un pair aidant. L'équipe de travail est un élément clé de l'intégration des pairs aidants, et l'inclusion devrait être supportée par l'administration.
Siantz E et al, 2017 (52)	Étude de cas qualitative	Explorer les attitudes des pairs aidants envers le rétablissement dans les contextes organisationnels où ils sont employés	8 pairs aidants et 8 directeurs de programme	Entretiens	Travaillent à favoriser l'autonomie des patients en respectant leurs choix et en utilisant les techniques de motivation et de réduction des risques, mais peuvent dépasser cette autonomie dans les situations qu'ils jugent urgentes. Dans 2 cas sur les 8,

					les pairs aidants utilisaient des stratégies pour promouvoir l'autonomie des patients qui divergeaient des perspectives de leurs directeurs de programme
Cronise R et al, 2016 (53)	Étude quantitative descriptive	Élaborer une synthèse des rôles, tâches, formations, rémunérations et satisfaction au travail des pairs aidants.	597 pairs aidants	Sondage	Les rémunérations étaient variables, de 10 à 20 dollars de l'heure. La plus grande satisfaction dans le travail était d'aider les autres, puis que cela participait à leur propre rétablissement. 64.3% ont expérimenté de la stigmatisation de la part de leurs collègues non pairs. 55.5% étaient très satisfaits de leur travail. Il y a une faible satisfaction quant à la compensation et la reconnaissance de leur travail
Clossey L et al, 2016 (54)	Étude qualitative	Comprendre les obstacles et des facilitateurs d'un travail efficace des pairs aidants	13 pairs aidants	Entretiens individuels et groupes de discussion	Difficulté la plus rapportée : structure et/ou collègues non orientés vers le rétablissement ; deuxième : impression de ne pas être pris au sérieux par les collègues et qu'ils ne comprennent pas leur rôle. Viennent ensuite la difficulté à maintenir des frontières appropriées entre eux et le patient, la grosse charge de travail, le travail avec des patients parfois encore trop

					symptomatiques pour s'engager dans un processus de rétablissement, le travail stressant. Ils rapportent également que des tâches leur sont assignées alors qu'elles n'ont pas de rapport avec leur travail et de la discrimination.
Asad S et al, 2016 (55)	Étude qualitative	Étudier la façon dont sont définis les rôles des pairs aidants, et comment ils sont intégrés dans les équipes de soins, ainsi que les relations entre pairs-aidants, les autres soignants et les patients.	12 pairs aidants	Entretiens semi-structurés	Manque de formation, rôle ambigu mais qui peut permettre d'adapter le rôle aux besoins du patient, rappel de leur propre maladie qu'il faut gérer, faible rémunération pour 50% des participants. Risque de stigmatisation avec la révélation de la maladie. La mise en place de limites quant à la révélation de soi est un problème délicat
Wroblewski T et al, 2015 (34)	Étude contrôlée randomisée et entretiens qualitatifs	Comparer les résultats en terme de qualité de vie de patients pris en charge par des pairs aidants et des travailleurs en santé mentale	15 patients : 9 dans le groupe expérimental, 6 dans le groupe témoin	<i>The Quality of Life Interview–Brief Version</i> , entretiens semi-structurés	Difficultés liées aux limites de la révélation de soi, à la transition du statut de patient à soignant et à la politique organisationnelle des services
Tse S et al, 2014 (35)	Étude pilote qualitative et quantitative	Décrire le programme de formation de pairs aidants et évaluer l'efficacité sur les pairs aidants et les patients qui en bénéficient.	22 patients, 18 pairs aidants	Pour les pairs aidants : versions chinoises des <i>Trait Hope Scale</i> , <i>Recovery Assessment Scale</i> , <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> , questionnaire d'évaluation du programme de formation et	Difficultés : accueillir les nouveaux patients, les conversations avec les patients distants et froids, ou ceux qui parlaient beaucoup, la lourdeur administrative

				questionnaire pour évaluer l'expérience vécu des pairs aidants dans leur nouveau travail, pour les patients : création d'un questionnaire correspondant aux objectifs de l'intervention	
Cabral L et al, 2014 (56)	Étude qualitative	Explorer la façon dont le rôle de pair spécialiste est défini dans les différents groupes d'intervenants, les attentes envers ce rôle et la façon dont le pair spécialiste est utilisé et intégré dans différents types de services de santé mentale.	68 participants : 44 pairs aidants, 14 superviseurs et 10 patients	Entretiens individuels et groupes de discussion	Difficultés : ambiguïté du rôle et manque d'attente formelle du rôle de pair aidant, rendant également compliquée leur supervision.
Dyble G et al, 2014 (57)	Étude qualitative	Étudier la transition d'un utilisateur de service au rôle de pair aidant.	7 pairs aidants	Entretiens semi-structurés	Rôle changeant et ambigu, qui apporte également de la flexibilité. Les pairs aidants décrivent globalement un soutien de la part des équipes malgré des attitudes problématiques, une stigmatisation et une compréhension limitée de certains
Berry C et al, 2011 (58)	Étude qualitative	Étudier l'intégration des pairs aidants dans les équipes	2 pairs aidants et leurs managers (nombre inconnu)	Entretiens individuels semi-structurés	Difficultés dans le rôle de pair aidant : induit une ouverture à la révélation de soi. Les attentes du rôle de pair aidant de toutes les parties doivent être partagées et alignées à chaque

étapes du processus de recrutement et d'intégration des pairs aidants. Nécessité d'un rôle défini. L'équipe de soins doit être préparée à accueillir des pairs aidants. Important que le cadre et le service soient appropriés à recevoir des pairs aidants. Intégration plus simple si service orienté vers le rétablissement, plus difficile si équipes moins stables ou ayant connu des changements récents dans le financement et les pratiques de travail ou jugées « démoralisée ». Importance du soutien : réseau de soutien par les pairs, soutien managérial et organisationnel, et des « champions » pairs aidants. Importance que le pair aidant soit prêt à assumer ce rôle

Moll S et al, 2009 (59)

Étude qualitative

Étudier comment le soutien par les pairs était intégré dans les services de santé mentale

12 participants : 6 pairs aidants et leurs managers

Entretiens semi-structurés

Difficultés : définir et établir les rôles, trouver un équilibre entre le rôle de pair et de professionnel, savoir comment et dans quelle mesure partager son histoire, faire la transition entre identité de consommateur et celle de fournisseur de soins, s'intégrer aux

équipes, gérer les situations
auxquelles ils ne sont pas préparés.
Développent des stratégies pour
favoriser l'intégration des pairs
aidants

Tableau 2. résumant les résultats en terme de difficultés rencontrées par les pairs aidants dans l'exercice de leurs fonctions

Article	Type	Objectif	Nombre de patients inclus	Mesures/échelles utilisées	Résultats
Mulvale G et al, 2019 (60)	Étude de cas qualitative	Examiner la valeur perçue du soutien par les pairs et les stratégies de gestion du changement que les gestionnaires et membres de l'équipe de soins et les pairs aidants peuvent utiliser pour soutenir l'intégration du soutien par les pairs dans les équipes de soins existantes	9 patients, 33 pairs aidants, 20 gestionnaires et membres de l'équipe de soins, 6 décideurs	Entretiens individuels et groupes de parole	Pour soutenir l'intégration des pairs aidants : faire du soutien par les pairs une priorité organisationnelle, favoriser les soins centrés sur le patient, identifier et se concentrer sur les groupes de résistance, communiquer de façon précoce sur les pairs aidants, leur rôle, leurs bénéfices et la stigmatisation
Clossey L et al, 2019 (61)	Étude qualitative	Rendre compte de l'élaboration et de la mise à l'essai d'un instrument pour mesurer les obstacles et les facilitateurs des services de pairs aidants	165 pairs aidants	Sondage	4 facteurs pris en compte : contexte organisationnel, préjugés professionnels, principes contraires au rétablissement, relations de travail avec les patients. Outils qui nécessite plus d'études pour être validé
Jones N et al, 2020 (62)	Étude qualitative	Étudier la perception du climat de travail et le soutien au développement de carrière des pairs aidants, les variations du climat de travail et du soutien entre les différents milieux organisationnels, et la relation entre le climat et le soutien perçus et la perception qu'a le pair aidant du statut et de l'influence de son rôle.	801 pairs aidants	Sondage	7 groupes basé sur le climat de travail et le soutien. Les mieux notés étaient associés à des pratiques de soutien de carrière, la présence de superviseurs ayant une expérience vécue, et lorsque le développement de carrière. Les organisations gérées par les pairs et les entités hybrides (programmes gérés par des pairs dans des agences de santé « traditionnelles ») étaient surreprésentées dans les groupes où le climat de travail et le soutien étaient bons

Clossey L et al, 2018 (63)	Étude descriptive qualitative	Décrire les expériences de pairs aidants concernant les barrières et les facilitateurs de leur travail, et présenter un modèle de régression multiple qui examine dans quelle mesure ces facteurs expliquent la satisfaction au travail, et lesquels de ces facteurs à le plus d'influence	165 pairs aidants	Questionnaire	Expériences plutôt positives, prédicateurs de satisfaction au travail : culture organisationnelle et alliance de travail avec les pairs.
Cleary M et al, 2018 (48)	Étude qualitative	Explorer les défis rencontrés par les pairs aidants lorsqu'ils impliquent des patients dans la prise de décision concernant leurs soins et les stratégies qu'ils ont employées pour surmonter ces défis afin d'améliorer la participation des patients dans la prise de décision et le rétablissement.	6 pairs aidants	Entretiens semi-structurés	Stratégies mises en avant pour faciliter leur rôle : une meilleur implication dans les prises de décision, utiliser l'expérience vécue, promouvoir les relations et la communication entre les patients et les équipes de soins, favoriser l'accès aux droits et défenses des intérêts et choix des patients face aux équipes de soins, professionnalisation du métier de pair aidant pour une meilleure crédibilité et une autorité accrues
Jenkins S et al, 2018 (64)	Étude quantitative	Examiner l'impact de la clarté des rôles et de la formation sur la satisfaction professionnelle des pairs aidants.	195 pairs aidants	Sondage en ligne en 3 parties	L'auto-apprentissage et les méthodes de formation en lignes étaient négativement corrélés à la satisfaction au travail, tandis que l'observation du travail pendant la formation et les formations individuelles étaient corrélée à la satisfaction au travail. La clarté du rôle étaient associée à la satisfaction au travail.

Clossey L et al, 2016 (54)	Étude qualitative	Comprendre les obstacles et des facilitateurs d'un travail efficace des pairs aidants	13 pairs aidants	Entretiens individuels et groupes de discussion	<p>Facilitateurs : une organisation soutenante et avoir un superviseur qui est un pair aidant, un financement adéquat, la région géographique, la bonne réputation du pair aidant, une bonne formation, la patience, un bon système de soutien, une alliance d'aide.</p> <p>Concernant leur sentiment d'intégration dans les équipes, ceux qui travaillaient dans des services « traditionnels » de santé mental se sentaient moins bien inclus</p>
Kuhn W et al, 2015 (65)	Étude quantitative	Examiner les indicateurs d'intégration au travail qui prédisent la satisfaction des pairs aidants dans leur travail	86 pairs aidants	Sondage	<p>Grande satisfaction au travail rapportée par les pairs aidants. 1/3 rapportent participer à des équipes de traitement. Soutien élevé de la part des autres membres du personnel et des superviseurs. Sur les 4 indicateurs d'intégration au travail (compréhension du superviseur du rôle des pairs aidants, soutien des collègues, soutien du superviseur, travail en équipe de traitement), seule la compréhension du rôle de pair aidant par le superviseur a un impact significatif sur la satisfaction au travail quand on ajuste sur le temps écoulé depuis la formation et le fait d'avoir une description de poste</p>

Davis J K, 2015 (66)	Étude quantitative	Identifier les pratiques de supervision (planifiée ou non ou les deux ; fréquence ; individuelle, en groupe ou les deux) qui prédisent la clarté du rôle de pair aidant.	100 pairs aidants	Sondage, <i>the Role Ambiguity Scale</i> , mesure du type de supervision, de son format (individuel ou en groupe) et de sa fréquence	Rôle mieux défini si les pairs aidants reçoivent une supervision planifiée ou une supervision planifiée et non planifiée, au moins une fois par mois pour les supervisions planifiées. Le format de supervision n'a pas d'impact significatif.
Tse S et al, 2014 (35)	Étude pilote qualitative et quantitative	Décrire le programme de formation de pairs aidants et évaluer l'efficacité sur les pairs aidants et les patients qui en bénéficient.	22 patients, 18 pairs aidants	Pour les pairs aidants : versions chinoises des <i>Trait Hope Scale</i> , <i>Recovery Assessment Scale</i> , <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> , questionnaire d'évaluation du programme de formation et questionnaire pour évaluer l'expérience vécu des pairs aidants dans leur nouveau travail, pour les patients : création d'un questionnaire correspondant aux objectifs de l'intervention	Facteurs qui aident les pairs aidants à gérer leur nouveau rôle : le soutien mutuel entre pairs aidants, le soutien des superviseurs et la satisfaction d'avoir pu aider une personne. La formation de pair aidant est une expérience stimulante
Dyble G et al, 2014 (57)	Étude qualitative	Étudier la transition d'un utilisateur de service au rôle de pair aidant.	7 pairs aidants	Entretiens semi-structurés	La compréhension du rôle a été facilitée par les fondements de la littérature, la description de poste et la formation initiale. Nécessité d'un changement de paradigme dans le soin, en favorisant une approche plus centrée sur la personne dans les services.
Grant E A, Dziadkowiec O, 2012 (67)	Étude qualitative et quantitative	Examiner l'impact de l'orientation communautaire, de l'intégration au travail, des activités professionnelles, des antécédents professionnels personnels et des	59 pairs aidants	<i>Job Activities and Services</i> , <i>Indiana Job Satisfaction Survey</i> , <i>Survey of Perceived Organizational Support</i> , <i>Communal Orientation</i> , entretiens	Les pairs aidants qui se sentaient intégrés et percevaient leur milieu de travail comme favorable étaient plus susceptibles d'être satisfaits de leur travail. L'orientation communautaire n'était pas statistiquement

	données démographiques sur la satisfaction au travail des pairs aidants		liée à la satisfaction au travail. L'ajustement sur les données démographiques ne modifiait pas ces résultats. Le nombre de patients aidés par semaine et le partage de son histoire de rétablissement n'étaient pas significativement liés à la satisfaction au travail. Les pairs aidants qui ont occupé plus d'emplois dans le passé étaient moins susceptibles d'être satisfaits, tandis que ceux qui ont occupé des emplois pendant longtemps étaient plus susceptibles d'être satisfait au travail.
Grant E A, Chrystal Reinhart et al, 2012 (68)	Étude quantitative	Décrire les activités et l'intégration au sein des équipes des pairs aidants 59 patients	Echelle développée spécifiquement pour l'étude pour mesurer les activités et services, <i>the Workplace Integration scale, the Indiana Job Satisfaction Survey, the 8 item version of the Survey of Perceived Organizational Support</i> , entretiens structurés Niveau d'intégration modérément élevé au travail, indicateurs les plus élevés: « j'ai hâte de venir travailler chaque jour » et « mes collègues ont une haute opinion de moi ». Niveau de satisfaction élevé à l'égard du travail. Niveau élevé de soutien organisationnel ressenti

Tableau 3. résumant les résultats concernant les facteurs facilitant l'intégration des pairs aidants

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Efficacité de l'intervention de pairs aidants auprès des patients

Les études ayant évalué l'efficacité des prises en charge des pairs aidants se sont intéressées à plusieurs aspects, qui seront développés en suivant : l'efficacité de ces interventions sur le rétablissement des patients, sur leur qualité de vie, leur fonctionnement social, leur santé physique et enfin sur les hospitalisations et les soins en psychiatrie.

4.1.1.1 Efficacité sur le rétablissement

Dix études ont évalué l'efficacité des interventions de pairs aidants sur le rétablissement des patients : huit présentent des données quantitatives et deux des données qualitatives.

Parmi les études quantitatives, trois ont mis en évidence des résultats significatifs en faveur des interventions des pairs aidants sur le rétablissement des patients (26,28,29). Malkhe et al. ont montré l'efficacité du soutien individuel par les pairs par rapport au traitement habituel à l'aide de la *General Self-Efficacy Scale* à 6 mois (29). Scanlan et al. ont montré une amélioration du rétablissement fonctionnel et clinique à la *Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS)* grâce à un programme de soutien post-hospitalisation (par exemple, aide dans la réalisation de tâches du quotidien comme le rangement, passer des appels téléphoniques, gérer des tâches administratives, se déplacer à des rendez-vous) (28). Enfin, un programme d'auto-gestion médicale pour personnes âgées, sur smartphone, associé au soutien de pairs aidants a permis d'améliorer la gestion des symptômes psychiatriques à l'*Illness Management and recovery scale (IMRS)* trois mois après la fin de l'intervention (26).

Cinq autres études n'ont pas permis de mettre en évidence de résultats significatifs en ce qui concerne le rétablissement des patients (23,32,33,38,39). Des interventions des pairs aidants consistant en des sessions pendant lesquelles ils parlaient de leur histoire de vie et de leur maladie, et des sessions réservées à des discussions au cours desquelles les patients pouvaient poser des questions n'ont montré aucune différence significative entre le groupe ayant bénéficié du soutien pair aidants et le groupe témoin pour le second item de la *Recovery Attitudes Questionnaire* RAQ 7 « le rétablissement est difficile et diffère selon les personnes », ni juste après ni à 6 mois. Il n'y avait pas non plus de

différence significative dans le temps en ce qui concerne la *Recovery Process Inventory* RPI (39). Aucune différence significative entre un groupe ayant bénéficié du soutien de pairs aidants et un groupe témoin sur les mesures d'empowerment (mesuré par l'*Empowerment Scale*, une échelle de 28 items examinant les concepts d'auto-efficacité, de réussite et de contrôle de sa propre vie) n'a été retrouvée (33). Rogers et al. n'ont pas mis en évidence non plus de différence significative en ce qui concerne la mesure du rétablissement par la *Recovery Assessment Scale* (32). Une intervention de conseils d'autogestion délivrés par des pairs aidants n'a pas relevé de résultats significatifs sur le rétablissement (*Questionnaire on the Process of Recovery, Illness Management and Recovery Scale, Brief Psychiatric Rating Scale, University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale, Lubben Social Network Scale*) (23). Enfin, l'utilisation d'un programme de psychoéducation sur le trouble bipolaire complété seul ou avec l'aide d'un pair aidant a mis en évidence une tendance à l'augmentation de la perception du contrôle de la maladie et à la diminution de l'anxiété, de la dépression et de la stigmatisation à trois et six mois, même si les différences n'étaient pas significatives (38).

La première étude qualitative a montré un bénéfice de l'intervention des pairs aidants sur leur sentiment d'espoir (défini comme la capacité perçue à atteindre les objectifs souhaités et la capacité à motiver une personne à les atteindre), leur auto-détermination (c'est-à-dire leur droit de déterminer leurs propres objectifs), et leur confiance en eux et en les autres (25). L'autre étude qualitative a montré une reprise de confiance en la possibilité d'un rétablissement grâce à un programme d'entraînement comprenant des cours ainsi qu'un stage rémunéré au « *Warmline telephone service* », un service de soutien par les pairs(35).

4.1.1.2 Efficacité sur la qualité de vie

Huit études quantitatives donnent des résultats en terme de qualité de vie des patients pris en charge par des pairs aidants. Parmi elles, trois études obtiennent des résultats significatifs positifs (28,31,32). La première a observé une augmentation significative du fonctionnement global dans la communauté, une augmentation de la qualité de vie auto-déclarée dans le domaine des conditions de vie, avec une ampleur d'effet importante sur les différentes échelles utilisées (*Satisfaction With Life scale*, la *Brief Symptom Inventory*, la 4-item *psychological component subscale of the Community Integration Scale* et la 17-item *Multnomah Community Ability Scale*) chez des sujets ayant bénéficié de

l'intervention de pair aidants (31). Une autre réalisée auprès de patients en soins sous contrainte a montré une amélioration significative en ce qui concerne la qualité de vie et un meilleur bien-être émotionnel à la *Brief Quality of Life Scale* dans le groupe ayant reçu un soutien intensif par les pairs (entre 271 min et 3235 min) par rapport au groupe témoin (32). Enfin, la troisième étude a montré une amélioration significative du bien-être intellectuel, social et psychologique à la *Personal Wellness Wheel* des patients (28). Cinq autres études n'ont pas permis de mettre en évidence d'amélioration significative sur la qualité de vie des patients (22,26,29,33,34), quelle que soit l'outil d'évaluation utilisé (*Quality of Life Interview-Brief Version*, *Modular System for Quality of Life*, *l'EuroQol Questionnaire*) (29,33,34). Une dégradation des scores fonctionnels dans de nombreux domaines au fil du temps (dépression, hyper affect, performance cognitive, stress traumatique, environnement familial, travail/études, anxiété, utilisation de substance, relations familiales, fonctionnement socio-légal, danger envers soi-même) ont été même été mis en évidence (22). L'intervention des pairs ne semblait pas non plus avoir d'influence en terme d'emploi, sur le statut de sans-abri ou le mode de vie dépendant. Enfin, l'évaluation d'un programme d'auto-gestion médicale pour personnes âgées, sur smartphone, soutenu par des pairs aidants, n'a pas permis de mettre en évidence d'amélioration significative à la *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF)* (26).

4.1.1.3 Efficacité sur les relations sociales

Dix études ont évalué l'effet sur les relations sociales des interventions incluant des pairs aidants. Quatre études ont obtenu des résultats significatifs dans ce domaine (22,31,36,43). La première a montré que l'invalidation par les pairs aidants de certains comportements de leurs patients (par exemple, exprimer son insatisfaction face à un patient qui a consommé des substances) avait un impact significativement plus positif à 6 mois sur la sous-échelle médicale et psychiatrique de l'*ASI* et sur la sous-échelle santé et famille de la *QOLI-B* que lorsque les conseils étaient donnés par des équipes de soins traditionnelles (43). Une plus grande amélioration des relations interpersonnelles à la *Functional Assessment Rating Scale* (outil d'évaluation clinique standardisé qui évalue le fonctionnement cognitif et social ainsi que le rôle des individus) était constatée chez les patients bénéficiant de soutien par les pairs par rapport au groupe témoin (22). Un programme de soutien par les pairs en sortie d'hospitalisation a montré une

amélioration significative des relations sociales des patients, avec une taille d'effet faible (31). Enfin, les patients pris en charge par des pairs aidants rapportaient une forte satisfaction de ces prises en charge, et les auteurs ont montré que cette satisfaction était liée à l'amélioration des situations sociales, l'indépendance, l'obtention de ce qui est nécessaire, la gestion des problèmes quotidiens, la gestion des personnes et des situations problématiques, l'estime de soi, le contrôle de sa vie et une amélioration des relations familiales (36). Les patients ont souligné le fait qu'ils se sentaient plus « normaux » et acceptés, ce qui leur donnait une meilleure estime d'eux-mêmes, une amélioration de leurs interactions sociales.

Trois études n'ont pas pu mettre en évidence d'effets des interventions sur les relations sociales (24,26,32). Aucune différence significative, que ce soit à l'*Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*, à la *Medical Outcomes Study Social Support Survey instrument* ou dans l'amélioration de compétences sociales, n'a été observée chez les patients bénéficiant de soutien par les pairs en comparaison à ceux n'en bénéficiant pas.

Enfin, trois études ont utilisé des données qualitatives pour évaluer l'effet des interventions des pairs aidants sur leurs relations sociales et ont montré des effets positifs de celles-ci (25,27,37). Les patients bénéficiant de services de soutien par les pairs ont noté une diminution de leur isolement social et une augmentation de leurs interactions sociales (27,37). Certains ont rapporté un meilleur engagement dans des activités dans leur communauté, réduisant leur sentiment d'isolement et leur permettant de lier de nouvelles amitiés (37). Enfin, les patients participant à un programme sur smartphone d'auto-gestion de la maladie ont rapporté que l'application leur avait permis de créer un lien avec les pairs aidants, malgré l'utilisation de messages textes (25).

4.1.1.4 Efficacité sur la santé physique

Quatre études se sont intéressées aux effets de l'intervention de pairs aidants sur le mode de vie des patients et leur santé physique (26,27,37,44). L'étude évaluant un programme d'auto-gestion de la maladie via smartphone a observé une augmentation non significative à la *Self-Rated Abilities for Health Practices Scale* et à la *Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale* (26). Les patients inclus dans un programme de soutien par les pairs visant à répondre aux besoins en terme de santé physique ont eu un meilleur accès aux soins et un mode de vie plus sain (44). Un tiers des patients pris en

charge par des pairs aidants rapportaient une amélioration de leurs perceptions somatiques, comme ressentir moins de douleur physique et un meilleur sommeil (27). Une intervention où les pairs aidants encourageaient les patients à un mode de vie sain a montré que leur soutien semblait nécessaire pour que les participants commencent à effectuer des changements de style de vie, et les encouragements offerts leur ont permis de les maintenir dans le temps. Ce mode de vie plus sain contribuait à diminuer leur stress (37).

4.1.1.5 Efficacité sur les soins en psychiatrie et les hospitalisations

Cinq études ont montré une diminution des réhospitalisations et une meilleure observance des soins en psychiatrie après interventions délivrées par des pairs aidants (28,38,40–42). Les patients inclus dans un programme de soutien post-hospitalisation étaient moins réhospitalisés (cinquante-sept « jour-lit » versus soixante-huit avant l'intervention), même si ces résultats n'étaient pas significatifs (28). Une intervention par des pairs aidants préparant à la sortie d'hospitalisation a permis d'économiser trois cent « jour-lit », ce qui représente 93150 dollars australiens économisés après déduction du coût du programme (42). Les patients ayant bénéficié de soutien par les pairs étaient significativement moins susceptibles d'être hospitalisé que les patients du groupe témoin, et s'ils l'étaient, leur hospitalisation était de plus courte durée (41). Enfin, une étude a observé que les patients bénéficiant du soutien par les pairs étaient plus susceptibles d'utiliser les services de stabilisation de la crise (alternative ambulatoire à l'hospitalisation) que les patients du groupe témoin et qu'ils sollicitaient plus fréquemment les services ambulatoires (40).

4.1.2 Facteurs d'intégration dans les équipes médicales

4.1.2.1 Barrières à l'intégration et difficultés rencontrées par les pairs aidants

Les articles traitant des facteurs influençant l'intégration des pairs aidants dans les équipes ont mis en évidence que ceux-ci rencontraient plusieurs difficultés, qui sont développées ci-dessous : le manque de clarté de leur rôle et les limites relationnelles à conserver avec leurs patients, l'accueil et l'orientation des services, les difficultés liées à la révélation de soi et le risque de discrimination, le manque de formation et la faible rémunération, les risques personnels encourus par le pair aidant, et enfin la charge de travail.

4.1.2.1.1 Définition des rôles des pairs aidants et limites relationnelles avec les patients

Dix études ont mis en évidence les difficultés rencontrées par les pairs aidants du fait de leur rôle flou et des difficultés à définir des limites relationnelles avec leurs patients (27,48,50,51,54–56,58,59). Dans deux études, les pairs aidants interrogés ont pointé le manque de clarté de leur rôle comme la difficulté la plus importante (48,51). Les pairs aidants mettaient en avant l'ambiguïté de leur rôle, entre professionnel de santé et ami (difficulté à laquelle ils ne sont pas forcément préparés), ce qui générait des difficultés notamment lors de l'arrêt des prises en charge, les patients ne souhaitant pas interrompre la relation, et le pair aidant culpabilisant de devoir la stopper (50,54). Le rôle des pairs aidants et la façon dont ils étaient inclus dans les équipes variaient d'un programme à l'autre, certains étant pleinement intégrés, d'autres remplissant des tâches subalternes (59). Des pairs aidants ont expliqué avoir exercé des tâches qui n'étaient pas de leur ressort (comme par exemple, assurer le transport de patients), certains avaient l'impression de faire le travail des autres soignants, tout en étant moins payés (54). Un pair aidant a décrit des écarts majeurs entre l'identité professionnelle du pair aidant, la description de poste présentée lors de l'entretien et la réalité du rôle (58). À l'inverse, d'autres pairs aidants ont expliqué que l'absence de description de poste leur offrait de la flexibilité. Par ailleurs, les patients pouvaient avoir des attentes envers le pair aidant qui n'étaient pas satisfaites (par exemple, les aider à déménager). Les superviseurs eux-mêmes ont décrit des difficultés à définir les tâches que les pairs aidants devaient accomplir, et les limites relationnelles que ceux-ci devaient respecter avec leurs patients (27,56), pouvant mener à des tensions et un mécontentement des pairs (51). Une clarification progressive des rôles avec le temps a cependant été soulignée dans une étude (27). Une meilleure définition du rôle apparaît tout de même comme objectif prioritaire (56).

4.1.2.1.2 Accueil dans les équipes et orientation des services

Huit études soulignent l'importance de la « philosophie de soins » prédominante dans les hôpitaux ou unités dans lesquels ils étaient embauchés (48,50–52,54,55,58,59). Les services s'appuyant sur des pratiques orientées vers le rétablissement permettaient de faciliter l'intégration des pairs aidants, et les aidaient à promouvoir l'autonomie de leurs patients (52). Les pairs aidants décrivaient les services ne pratiquant pas cette orientation comme l'obstacle le plus important dans leur travail (54). Ils ne se sentaient

alors pas traités sur un pied d'égalité avec les autres soignants. Beaucoup de pairs aidants ont exprimé un sentiment de rejet de la part de ces équipes, et trouvaient que leur travail n'était pas forcément compris, apprécié à sa juste valeur ni respecté (50,51,55). Certains pairs aidants ont rapporté des difficultés liées au déséquilibre de pouvoir entre eux et les médecins, et au modèle médical dans les soins de santé mentale, qui est très centré sur le médecin (48). Plusieurs études tout de même ont relevé qu'il fallait du temps et de multiples interactions, avec de possibles changements de pratiques, avant que les pairs aidants ne soient intégrés dans les équipes de soins (51,55,58,59).

Des soignants non pairs aidants interrogés ont décrit les barrières qu'ils repéraient dans leurs relations avec les pairs aidants, notamment leur difficulté à accepter le changement imposé par les pairs aidants et le sentiment de minimisation de leur rôle (51). L'importance du soutien de l'administration a été mentionnée comme un élément important de l'intégration efficace des pairs aidants dans les équipes de soins. Il est également noté que les équipes peu stables, avec des changements récents en terme de financement ou de pratique, ou décrites comme « déprimées » semblaient également offrir un environnement de travail moins confortable au pair aidant (58).

4.1.2.1.3 Révélation de soi et risque de discrimination

Dix études ont mis en évidence le fait que la révélation de soi et de sa maladie pouvait constituer une difficulté pour le pair aidant et générer de la discrimination de la part des équipes (34,46,49,51,53-55,57-59). De nombreux pairs aidants ont souligné le fait que leur travail en lui-même, de fait, révélait qu'ils souffraient d'une maladie mentale à leurs collègues, et s'interrogeaient sur les conséquences que cela pouvait avoir sur leurs futures opportunités d'emploi (49). Ils ont pu ressentir de la stigmatisation du fait de leurs antécédents de pathologie psychiatrique, et se sont sentis rabaissés par certains de leurs collègues (54,55,57). Les pairs aidants ont eu des difficultés à savoir quelles informations dévoiler de leur maladie à leurs collègues et aux patients (46,55,59). Certains ont pu expérimenter qu'il ne s'avérait pas forcément judicieux de révéler l'intégralité de leur histoire à leurs patients. Cependant, la révélation de soi présentait également des points positifs : de par leur expérience personnelle, les pairs aidants pouvaient défendre les besoins de leurs patients et proposer aux autres professionnels de santé des solutions alternatives à certains problèmes. Révéler sa maladie à l'équipe

soignante permettait également aux pairs aidants de trouver facilement de l'aide lorsqu'ils allaient moins bien (55). Les pairs aidants et leur manager interrogés dans une étude ont même rapporté que la révélation de leur pathologie avait permis de réduire la stigmatisation et le fossé qui existait entre les professionnels de santé pairs et non pairs (58).

Soixante-quatre pour cent des pairs aidants interrogés ont rapporté de la stigmatisation et de la discrimination de la part des autres soignants non pairs, 30% ont ressenti de la discrimination de la part de la direction (et d'autres membres du personnel (réceptionnistes, sécurité, ressources humaines), et 22.1% ont ressenti de la stigmatisation de la part de leurs patients (53). Les professionnels de santé et les patients ont pu exprimer des craintes vis-à-vis de la stabilité des pairs aidants car ils les pensaient plus fragiles que d'autres professionnels de santé non pairs (34,58). Certains pairs aidants ont constaté ces craintes, et ont rapporté que certaines variations normales de leur humeur pouvaient rapidement être interprétées comme des symptômes de leur pathologie (51).

4.1.2.1.4 La formation et la rémunération

Dix études ont souligné les difficultés auxquelles pouvaient être confrontés les pairs aidants devant leur manque de formation et leur faible rémunération (27,47-49,51,53-55,58,59). Plusieurs études ont relevé que la formation initiale contenait des lacunes, et ne préparait pas les pairs aidants à affronter toutes les situations qu'ils vont rencontrer dans leur travail, même s'ils étaient globalement satisfaits de cette formation (47,49,54,58,59). Plusieurs pairs aidants ont relevé la nécessité d'être formé en ce qui concerne l'évaluation du risque suicidaire, le soutien intentionnel, la santé mentale en général, l'animation de groupe, les traumatismes, l'établissement de limites relationnelles avec leurs patients ou encore comment avoir une pratique centrée sur la personne. En ce qui concerne la formation continue, une étude rapportait que près de 80% des pairs aidants interrogés en recevaient une (53). Cependant, 28% recevaient moins de vingt heures de formation continue par an, et 23% affirmait ne pas en avoir reçu du tout. Plusieurs études ont appuyé le fait que les pairs aidants avaient des difficultés à trouver des sources d'informations fiables pour leur formation continue, notamment pour ceux qui ne maîtrisaient pas l'anglais, et qu'il existait peu d'opportunité pour se former ou faire évoluer leur carrière (27,51,55). A contrario, certains pairs aidants ont

exprimé leurs craintes d'une « sur-professionnalisation » du métier avec la formation, qui entraînerait une perte de la qualité de la relation avec le patient (49). La plupart des pairs aidants soulignaient l'importance de la supervision dans leur pratique, et une étude montre que seulement 37.7% des pairs aidants interrogés sont supervisés par un pair (53).

En ce qui concerne la rémunération, de nombreux pairs aidants estiment recevoir une rémunération insuffisante (48,53,55,59). Une étude rapportait également des différences de rémunération des pairs aidants en fonction des régions et du sexe (53).

4.1.2.1.5 Les risques personnels pour le pair aidant

Six articles traitent des conséquences du métier sur la santé mentale des pairs aidants (27,34,45,49,51,54). Les pairs aidants, les membres de l'équipe soignante et les patients ont exprimé leurs craintes à propos de la vulnérabilité des pairs aidants et leur risque de rencontrer du stress et des événements traumatisants dans leur travail, qui pourraient entraîner une rechute de leur maladie (27,34,49). Ces craintes poussaient certains soignants à ne pas confier une partie de leurs patients à des pairs aidants, et de même certains patients ont expliqué préférer être pris en charge par des professionnels de santé non-pairs par peur de rendre leur pair aidant déprimé (34).

Au contraire, des superviseurs interrogés dans une étude ont expliqué avoir constaté un stress occasionnel au début de la prise de poste du pair aidant, qui généralement s'adapte et sait gérer ce stress au fur et à mesure (27). Enfin, deux études ont souligné la question de l'accès aux soins pour le pair aidant en cas de rechute, en l'absence de recommandations sur la façon de gérer ces situations (49,51). Que faire par exemple si le pair aidant souffrant ne contacte plus comme convenu ses patients, les laissant dans l'attente et sans nouvelle (34). Enfin, l'importance du stade de rétablissement du pair aidant a été notée, les patients exprimant des difficultés à se sentir en sécurité et en confiance avec des pairs aidants trop à risque de rechute (45).

4.1.2.1.6 La charge de travail et tâches inadaptées

Cinq articles se sont intéressés à la charge de travail et aux tâches parfois inadaptées que remplissaient les pairs aidants (35,46,53,54,59). Du fait de la méconnaissance de leur rôle, des pairs aidants se sont vu assigner des tâches qui n'étaient pas de leur ressort (comme le rôle de taxi par exemple) (54). Soixante-quatre pour cent des pairs aidants travaillent à temps plein, ceux travaillant à temps partiels le font par choix dans 39.8%

des cas, parce qu'ils n'avaient pas trouvé d'emploi à plein temps dans 39.8% des cas, ou parce qu'ils ne veulent pas perdre leurs prestations sociales dans 31.1% des cas (53). L'augmentation du temps de travail peut être difficile à gérer pour certains pairs aidants, mais à l'inverse le fait de n'être présent qu'à temps partiel dans les unités de soins rendait plus difficile leur intégration dans les équipes (59). Enfin, certains pairs aidants ont pu exprimer la lourdeur des tâches administratives qui leur étaient assignées (35).

4.1.2.2 Facteurs facilitant l'intégration des pairs aidants et leur satisfaction au travail

Treize études ont mis en avant les facteurs facilitant l'intégration des pairs aidants au sein des équipes de soins et leur satisfaction au travail : le soutien organisationnel et l'orientation des services, la supervision, la formation et la professionnalisation du métier.

4.1.2.2.1 Soutien organisationnel et orientation des services

Globalement, une bonne intégration des pairs aidants dans le système de santé (mesurée par la *Workplace Integration scale*), un bon soutien à l'organisation de leur travail quotidien (mesuré par la *8 item version of the Survey of Perceived Organizational Support*) et une bonne satisfaction au travail (évaluée par la *Indiana Job Satisfaction Survey*) des pairs aidants interrogés sont retrouvés (68). Neuf études ont souligné l'importance d'une philosophie des pratiques orientées sur le rétablissement dans les services et d'une aide à l'organisation de leur travail dans l'intégration des pairs aidants dans les équipes de soins (48,54,57,60–63,67,68), évalués par un outil spécifiquement développé (61). Les facteurs influençant la satisfaction au travail des pairs aidants ont été explorés (63,67). L'alliance avec les pairs dans le travail (63), une aide à l'organisation du travail au quotidien, des pratiques orientées rétablissement et une bonne intégration des pairs aidants dans l'équipe (67) influencent significativement leur satisfaction. Les études qualitatives insistent sur la nécessité d'une vision des soins centrée sur le patient et qui favorise leur autonomie (48,57,60).

Il semble nécessaire de préparer les équipes de soins à accueillir ces nouveaux professionnels de santé en les informant sur les rôles des pairs aidants, les bénéfices attendus, le principe de rétablissement, de réhabilitation psychosociale et le risque de stigmatisation (60).

Enfin, une étude évaluant les variations de climat de travail a montré que les organismes dirigés par les pairs étaient significativement associés à un bon climat de travail et un

bon soutien (62). Par ailleurs, plus le climat de travail est positif, plus l'effet du soutien par le superviseur est important (62).

4.1.2.2.2 Supervision

Cinq études ont souligné l'importance de la supervision des pairs aidants dans leurs pratiques (35,54,62,65,66). Le soutien dans l'évolution de leur carrière et la présence d'un superviseur avec un vécu expérientiel de la maladie étaient particulièrement appréciés par les pairs (62). Un environnement soutenant favorisé par leurs superviseurs (35), le type et la fréquence de la supervision étaient des facteurs prédictifs de la clarté du rôle de pair aidant (66). Plus les pairs aidants recevaient de plages de supervisions prévues dans leur emploi du temps, plus leur rôle devenait clair, d'autant plus si le superviseur était également un pair aidant (54). Sur quatre indicateurs de satisfaction testés (compréhension du métier de pair aidant par le superviseur, soutien par le superviseur, soutien par les collègues et travail dans des équipes de traitement), seule la compréhension du métier de pair aidant par le superviseur était associée à la satisfaction au travail des pairs aidants (65).

4.1.2.2.3 Formation

Trois études insistent sur l'importance de la formation (54,57,64). La formation initiale permet aux pairs aidants de mieux cerner leur rôle (57). La qualité de cette formation est essentielle pour pouvoir travailler par la suite de manière efficace (54). La formation en classe avec un instructeur, suivie par l'apprentissage en stage d'observation, semble permettre les meilleurs résultats (64). Il existe une association positive significative entre satisfaction envers la formation, satisfaction au travail et clarté du rôle (64).

4.1.2.2.4 Professionnalisation du métier

La professionnalisation du métier de pair aidant semble nécessaire, car elle apporterait une crédibilité et une autorité accrues, une meilleure rémunération, une meilleure acceptation et une égalité avec les autres professionnels de santé (48).

4.2 Interprétation des résultats

4.2.1 Efficacité de l'intervention des pairs aidants

Les résultats des études incluses dans la revue de la littérature ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité des interventions menées par des pairs aidants sur les

patients. Ils sont hétérogènes. Trois études sur huit trouvent des améliorations significatives en termes de rétablissement (26,28,29), trois études sur huit en ce qui concerne la qualité de vie (28,31,32), quatre études sur sept pour les relations sociales (22,31,36,43). Une étude montre une amélioration non significative sur la santé physique (26) et une étude une diminution du nombre d'hospitalisations en psychiatrie (41).

Les résultats positifs obtenus sont intéressants. Il existe un réel bénéfice à associer des pair aidants dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, avec un impact certain sur une augmentation des possibilités de rétablissement des patients, une amélioration de leur qualité de vie et de leurs relations sociales. Ces résultats suggèrent également un autre avantage apporté par les interventions de pair aidance, qui permettraient de réaliser des économies dans les dépenses de santé, en diminuant le nombre d'hospitalisations. Les patients suivis pas des pairs aidants étaient en effet plus susceptibles d'utiliser les services ambulatoires.

L'hétérogénéité des résultats pourrait être expliquée par plusieurs hypothèses.

Tout d'abord, les rôles des pairs aidants et les interventions évaluées étaient variables d'une étude à l'autre. Il est légitime de penser que l'efficacité des interventions des pairs aidants peut varier en fonction de leur rôle dans la prise en charge et des modalités de travail. L'absence de standardisation de la formation et de la supervision des pairs aidants peut être à l'origine de prises en charge variables des patients par les pair aidants, expliquant en partie les différences observées dans les résultats.

Ensuite, les échelles utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions différaient selon les études. La taille des échantillons testés variait d'une étude à l'autre, certaines regroupant un grand nombre de patients, quand d'autres ne prenaient en compte que l'évolution d'une dizaine. Enfin, la qualité des études peut être également impliquée dans l'hétérogénéité des résultats, avec parfois une absence de randomisation (23), parfois un biais de sélection dans le recrutement des patients souhaitant recevoir une aide par un pair aidant.

Plusieurs études en cours de réalisation ont été retrouvées, mais les résultats ne sont pas encore disponibles et n'ont pas été inclus dans cette revue. Elles pourraient apporter des réponses quant à l'efficacité de ces interventions. Une étude semble particulièrement intéressante puisqu'elle va se dérouler dans plusieurs centres différents sur six pays, et que l'intervention testée sera standardisée. Elle se déroulera

en deux étapes : une première qui consiste à étudier les programmes de soutien par les pairs déjà existants, développer un modèle de soutien par les pairs culturellement adapté, et traduire et valider tous les documents d'étude de manière interculturelle afin de garantir une analyse cohérente sur tous les sites d'étude. Dans un deuxième temps, l'intervention sera mise en œuvre et évaluée sur une période de 36 mois (69).

4.2.2 Facteurs influençant l'intégration des pairs aidants

Les résultats portant sur les facteurs influençant l'intégration des pairs aidants au sein des équipes sont homogènes. Ainsi, pour favoriser l'intégration des pairs aidants, il est utile que les soignants soient informés du rôle de pair aidant, qu'ils aient compris ce qu'était le parcours de rétablissement. Les pairs aidants doivent de leur côté bénéficier d'une formation complète, avoir un rôle défini, et être supervisé, de préférence par un autre pair aidant. Le soutien de l'administration semble primordial. Il est important de souligner tout de même que la grande majorité des études s'appuyaient sur des données qualitatives, recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés. Seulement sept études sur les vingt-sept sélectionnées utilisaient des données quantitatives pour évaluer les facteurs d'intégration. Ces résultats pourraient permettre de proposer des recommandations pour favoriser le travail et l'intégration future de pairs aidants dans des équipes de soins. Un guide pratique proposant des recommandations pour faciliter l'intégration du pair aidant au sein des structures est d'ailleurs paru très récemment en France (70).

4.3 Limites de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature présente plusieurs limites. Tout d'abord, plusieurs termes sont utilisés pour définir « les pairs aidants » dans les moteurs de recherche. Ces termes ne sont pas toujours référencés dans les bases de données. La recherche bibliographique n'a peut-être pas inclus tous les termes existants, omettant de ce fait certains articles.

Les informations présentées dans les articles étaient très variable. Plusieurs études ne précisaient pas les pathologies des sujets accompagnés par les pairs aidants (regroupant la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression sous le terme de « trouble mental sévère »), ce qui pourtant pourrait modifier l'efficacité de l'intervention. D'autres études ne précisaient pas la pathologie des pairs aidants. Certaines études ne mentionnaient pas la formation suivie par les pairs aidants et leurs modalités d'emploi (rémunéré ou bénévole).

Enfin, plusieurs études présentaient des biais pouvant diminuer la validité des résultats. On dénombre ainsi 24 études comprenant moins de cinquante participants. Pour évaluer l'efficacité des interventions, dix-neuf études ont utilisé des données auto-déclarées, des auto-évaluations ou des données rapportées par les patients sans que celles-ci ne soient évaluées objectivement ce qui peut constituer un biais d'information. Sept études rapportent beaucoup de perdus de vue ou une faible participation des patients au programme proposé (23,28,29,32,33,38,43). Enfin, cette revue de la littérature ne comprend que sept études contrôlées randomisées (29,32-34,38,41,43).

5 Conclusion

L'emploi de pairs aidants en psychiatrie est récent et tend à se développer avec la prise en compte du processus de rétablissement des patients. Si les résultats semblent prometteurs en terme d'amélioration du rétablissement, de la qualité de vie et des relations sociales des patients, des études de meilleure qualité, contrôlées et randomisées sont nécessaires pour valider ces résultats et permettre à ces interventions de continuer à se développer. Une homogénéisation des interventions de pairs aidants est à prévoir afin d'obtenir des résultats plus cohérents. L'intégration de pairs aidants à des programmes d'éducation thérapeutique ou de promotion à l'observance médicamenteuse pourrait être une possibilité. Une étude a déjà montré que l'adjonction de soutien par les pairs à un programme de psychoéducation améliore l'adhésion des patients au programme (38), une autre suggère que l'intervention des pairs aidants pourrait favoriser l'observance et l'adhésion au traitement (notamment la Clozapine) des patients (71), mais ces résultats restent à confirmer. Il est nécessaire de définir les rôles de cette profession émergente, et une standardisation de leur formation semble indispensable pour les préparer au mieux à intervenir auprès des patients.

6 Références

1. note pair aidance - document_de_travail.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/note_pair_aidance_-_document_de_travail.pdf
2. Jean-Baptiste Pussin [Internet]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/pussin.htm>
3. Juchet J. et Postel J. Le "surveillant" Jean-Baptiste Pussin à la Salpêtrière. Histoire des sciences médicales - Tome XXX - N° 2 - 1996 [Internet]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1996x030x002/HSMx1996x030x002x0189.pdf>
4. Le Cardinal P, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *Inf Psychiatr.* 2013; 89:365-70.
5. Alcoholics Anonymous : Aperçu historique : La naissance des AA et leur croissance aux États-Unis et au Canada [Internet]. Disponible sur: https://www.aa.org/pages/fr_FR/historical-data-the-birth-of-aa-and-its-growth-in-the-uscanada
6. Demailly L, Bélart C, Roux CDL, Dembinski O, Farnarier C, Garnoussi N. Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental, 2012-2014, Lille, 2014.
7. Gardien E. La pair-émulation dans le champ du handicap : Histoire, pratiques et débats en France. *Rhizome.* 2010;40:3.
8. Osterwitz I. The Concept of Independent Living - a New Perspective in Rehabilitation. HELIOS European workshop, Education to Independent living Venice, Italy. 1994. p. 28-29.
9. Independent Living History [Internet]. Access Living. 2008. Disponible sur: <https://www.accessliving.org/Independent-Living-History>
10. Chamberlin J. On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System. Haworth Press; 1978. 262 p.
11. Judi Chamberlin (1944 - 2010) | NARPA [Internet]. Disponible sur : <http://narpa.org/bios/chamberlin>
12. Farkas M. L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie Soc.* 2018;23-24:53-74.
13. Réduction des risques liés à l'usage de drogues [Internet]. Disponible sur: <http://www.aides.org/reduction-des-risques-lies-usage-de-drogues>

14. Toufik A. Définition - Concepts et historique des groupes d'auto-support. *Toxibase*. 1997; 4:1-14.
15. Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie. Disponible sur: <http://www.fnapsy.org/?page=2>
16. Finkelstein C. La Fnapsy, son histoire, ses actions. *Inf Psychiatr*. 2009; 85:799-802.
17. Provencher H, Gagné C, Legris L, Harvey D, Lagueux N. 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, 2012 .
18. Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, et al. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;34:214-22.
19. McLean J, Biggs H, Whitehead I, Pratt R, Maxwell M. Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme. Edinburgh: Scottish Government Social Research, 2009.
20. Roelandt J-L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, François G, Le Cardinal P, Desmons P. Programme médiateurs de santé/pairs : Rapport final de l'expérimentation 2010-2014. CCOMS pour la recherche et la formation en santé mentale. EPSM Lille-Métropole, 2015.
21. Otte I, Werning A, Nossek A, Vollmann J, Juckel G, Gather J. Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *J Ment Health*. 2019;1-7.
22. Castellanos D, Capo M, Valderrama D, Jean-Francois M, Luna A. Relationship of peer specialists to mental health outcomes in South Florida. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:59.
23. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2018;392:409-18.
24. Fan Y, Ma N, Ma L, Xu W, Steven Lamberti J, Caine ED. A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China. *BMC Psychiatry*. 2018;18:170.
25. Fortuna KL, Storm M, Naslund JA, Chow P, Aschbrenner KA, Lohman MC, et al. Certified Peer Specialists and Older Adults With Serious Mental Illness' Perspectives of the Impact of a Peer-Delivered and Technology-Supported Self-Management Intervention: *J Nerv Ment Dis*. 2018;206:875-81.
26. Fortuna KL, DiMilia PR, Lohman MC, Bruce ML, Zubritsky CD, Halaby MR, et al. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Effectiveness of a Peer-Delivered and Technology Supported Self-Management Intervention for Older Adults with Serious Mental Illness. *Psychiatr Q*. 2018;89:293-305.

27. Tse S, Mak WWS, Lo IWK, Liu LL, Yuen WWY, Yau S, et al. A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry Res.* 2017;255:27-35.
28. Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry.* 2017;17:307.
29. Mahlke CI, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry.* 2017;42:103-10.
30. White H, Price L, Barker T. Exploring the impact of peer support in early intervention in psychosis. *Ment Health Soc Incl.* 2017;21:102-9.
31. Kidd SA, Virdee G, Mihalakakos G, McKinney C, Feingold L, Collins A, et al. The welcome basket revisited: Testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;39:335-42.
32. Rogers ES, Maru M, Johnson G, Cohee J, Hinkel J, Hashemi L. A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;39:248-55.
33. Salzer MS, Rogers J, Salandra N, O'Callaghan C, Fulton F, Balletta AA, et al. Effectiveness of peer-delivered Center for Independent Living supports for individuals with psychiatric disabilities: A randomized, controlled trial. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;39:239-47.
34. Wroblewski T, Walker G, Jarus-Hakak A, Suto MJ. Peer support as a catalyst for recovery: A mixed-methods study: Le soutien par les pairs comme catalyseur du rétablissement : une étude à méthodologie mixte. *Can J Occup Ther.* 2015;82:64-73.
35. Tse S, Tsoi EWS, Wong S, Kan A, Kwok CF-Y. Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *Int J Soc Psychiatry.* 2014;60:211-8.
36. Lien AD, Meissen G. Peer perspectives : expectations and satisfaction with certified peer specialist services. *Int. J. Psychosoc. Rehabilitation .* 2012; 17:5-16
37. Henderson AR, Kemp V. Australian consumer perceptions of peer support: Consumer perceptions of peer support. *Asia-Pac Psychiatry.* 2013;5:152-6.
38. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V, Hadzi-Pavlovic D, Whitton A, Nicholas J, et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: A randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2012;142:98-105.
39. Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, Schusterschitz C. Who Benefits from Peer Support in Psychiatric Institutions? *Psychiatr Q.* 2012;83:209-20.

40. Landers GM, Zhou M. An Analysis of Relationships Among Peer Support, Psychiatric Hospitalization, and Crisis Stabilization. *Community Ment Health J.* 2011;47:106-12.
41. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of Peer Support in Reducing Readmissions of Persons With Multiple Psychiatric Hospitalizations. *Psychiatr Serv.* 2011;62:4.
42. Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health.* 2008;17:498-508.
43. Sells D, Black R, Davidson L, Rowe M. Beyond Generic Support: Incidence and Impact of Invalidation in Peer Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatr. Serv.* 2008;59:1322-7.
44. Bates A, Kemp V, Isaac M. Peer Support Shows Promise in Helping Persons Living with Mental Illness Address Their Physical Health Needs. *Can J Commun Ment Health.* 2008;27:21-36.
45. Ogundipe E, Borg M, Sjøfjell T, Bjørlykhaug K-I, Karlsson B. Service Users' Challenges in Developing Helpful Relationships with Peer Support Workers. *Scand J Disabil Res.* 2019;21:177-85.
46. Ehrlich C., Slattery M., Vilic G., Chester P., Crompton D. What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams : a qualitative study. *J Interprof Care.* 2019;34:107-15.
47. Vélez-Grau C, Stefancic A, Cabassa LJ. Keeping the Peer in Peer Specialist When Implementing Evidence-Based Interventions. *Health Soc Work.* 2019;44:57-60.
48. Cleary M, Raeburn T, Escott P, West S, Lopez V. 'Walking the tightrope': The role of peer support workers in facilitating consumers' participation in decision-making. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27:1266-72.
49. Walsh PE, McMillan SS, Stewart V, Wheeler AJ. Understanding paid peer support in mental health. *Disabil Soc.* 2018;33:579-97.
50. Simpson A, Oster C, Muir-Cochrane E. Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *Int J Ment Health Nurs.* 2018;27:662-71.
51. Mancini MA. An Exploration of Factors that Effect the Implementation of Peer Support Services in Community Mental Health Settings. *Community Ment Health J.* 2018;54:127-37.
52. Siantz E, Henwood B, Gilmer T. Peer Support in Full-Service Partnerships: A Multiple Case Study Analysis. *Community Ment Health J.* 2017;53:542-9.
53. Cronise R, Teixeira C, Rogers ES, Harrington S. The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;39:211-21.

54. Clossey L, Gillen J, Frankel H, Hernandez J. The experience of certified peer specialists in mental health. *Soc Work Ment Health*. 2016;14:408-27.
55. Asad S, Chreim S. Peer Support Providers' Role Experiences on Interprofessional Mental Health Care Teams: A Qualitative Study. *Community Ment Health J*. 2016;52:767-74.
56. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health Soc Care Community*. 2014;22:104-12.
57. Dyble G, Tickle A, Collinson C. From end user to provider: making sense of becoming a peer support worker using interpretative phenomenological analysis. *J Public Ment Health*. 2014;13:83-92.
58. Berry C, Hayward MI, Chandler R. Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. *J Public Ment Health*. 2011;10:238-49.
59. Moll S, Holmes J, Geronimo J, Sherman D. Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: Unique challenges and opportunities. *Work*. 2009;33:449-58.
60. Mulvale G, Wilson F, Jones S, Green J, Johansen K-J, Arnold I, et al. Integrating mental health peer support in clinical settings: Lessons from Canada and Norway. *Health Manage Forum*. 2019;32:68-72.
61. Clossey L, Hu C, Gillen J, Rosky JW, Zinn M, Bolger K. Exploratory factor analysis of peer support workers job obstacles and barriers survey (PSWJOBS). *Soc Work Ment Health*. 2019;17:449-61.
62. Jones N, Teague GB, Wolf J, Rosen C. Organizational Climate and Support Among Peer Specialists Working in Peer-Run, Hybrid and Conventional Mental Health Settings. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 2020;47:150-67.
63. Clossey L, Solomon P, Hu C, Gillen J, Zinn M. Predicting job satisfaction of mental health peer support workers (PSWs). *Soc Work Ment Health*. 2018;16:682-95.
64. Jenkins S, Chenneville T, Salnaitis C. Are peer specialists happy on the job? *Psychiatr Rehabil J*. 2018;41:72-5.
65. Kuhn W, Bellinger J, Stevens-Manser S, Kaufman L. Integration of Peer Specialists Working in Mental Health Service Settings. *Community Ment Health J*. 2015;51:453-8.
66. Davis JK. Supervision of Peer Specialists in Community Mental Health Centers: Practices That Predict Role Clarity. *Soc Work Ment Health*. 2015;13:145-58.
67. Grant, EA & Dziadkowiec, O. Factors influencing job satisfaction in Certified Peer Specialists. *Int. J. Psychosoc. Rehabilitation* . 2012;17:3-43

68. Grant EA, Reinhart C, Wituk S, Meissen G. An Examination of the Integration of Certified Peer Specialists into Community Mental Health Centers. *Community Ment Health J.* 2012;48:477-81.
69. Puschner B, Repper J, Mahlke C, Nixdorf R, Basangwa D, Nakku J, et al. Using Peer Support in Developing Empowering Mental Health Services (UPSIDES): Background, Rationale and Methodology. *Ann Glob Health.* 2019; 85: 1-10
70. Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ?
https://centreresourcerehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf
71. Grace JJ, Szarowicz RS. The Clozapine Access Project. *Psychiatr Serv.* 2001;52:108.

7 Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.