



**HAL**  
open science

# Pair-aidance en santé mentale et médicaments utilisés en psychiatrie : quel positionnement dans la pratique professionnelle ?

Philippine Rodier

## ► To cite this version:

Philippine Rodier. Pair-aidance en santé mentale et médicaments utilisés en psychiatrie : quel positionnement dans la pratique professionnelle ?. Sciences pharmaceutiques. 2023. dumas-04314075

**HAL Id: dumas-04314075**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04314075v1>**

Submitted on 29 Nov 2023

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

**UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER**  
**UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques**

**Pair-aidance en santé mentale**  
**et médicaments utilisés en psychiatrie :**  
Quel positionnement dans la pratique professionnelle ?

**Thèse**

présentée à la Faculté de Pharmacie de Montpellier  
en vue d'obtenir  
le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par

*Philippine Rodier*

soutenue le 12 juin 2023

Président : Mme le Docteur Françoise Macari-Fine

Maître de conférences à l'Université de  
Montpellier

Docteur en pharmacie

Assesseurs : Mme le Docteur Rachel Mégard

Praticien hospitalier

Docteur en pharmacie hospitalière

M. le Professeur Nicolas Franck

Professeur des Universités et Praticien  
Hospitalier à l'Université Lyon 1

Docteur en médecine

## **Remerciements**

### **Aux membres du jury,**

A Mme le Docteur Françoise Macari-Fine d'avoir accepté de faire partie du jury et d'en assurer la présidence. Je vous remercie pour votre confiance malgré le « plan audacieux ». Je vous remercie pour votre présence et nos échanges bienveillants.

A Mme le Docteur Rachel Mégard d'avoir accepté de diriger ce travail et pour ses remarques sincères et constructives, son accompagnement depuis presque un an et sa disponibilité. Je souhaite que l'on puisse travailler sur un autre projet ensemble, ton expertise m'a beaucoup apportée et j'espère que ce sujet aura éveillé ta curiosité.

A M. le Professeur Nicolas Franck pour son soutien indéfectible depuis 2019. Je vous remercie de m'avoir choisie pour faire partie de la 1<sup>ère</sup> promotion du DU pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement. Je vous remercie pour votre confiance renouvelée en juillet dernier lors de ma prise de fonction au Pôle Centre rive gauche puis au Centre Ressource et les opportunités que vous me donnez depuis le début de mon exercice.

### **Au biostatisticien du Centre Ressource**

A Julien, je te remercie pour ta réactivité et le temps que tu as donné à ce projet tout en conciliant tes autres missions. Je suis heureuse de pouvoir te rencontrer et de côtoyer le même bureau ! Je te souhaite le meilleur ainsi qu'aux joueurs 2, 3 et 4.

### **Aux 142 répondants de mon questionnaire,**

Sans vous, rien n'aurait été pareil. Je ne peux que vous remercier pour vos retours anonymes, parfois différents du mien mais, toujours complémentaires. Je me suis enrichie grâce à vous et j'en suis reconnaissante. J'espère que nos chemins se recroiseront, que ce soit grâce à cette thèse ou ailleurs.

### **À toutes les personnes qui se sont investies dans ce travail en partageant mon questionnaire,**

Je vous remercie pour le partage de mon travail, vous avez fait une partie importante du travail : faire connaître aux personnes concernées. J'espère que cette thèse et que les échanges que nous avons pu avoir feront naître d'autres travaux. Je ne peux qu'être reconnaissante de votre enthousiasme quant à ce travail !

### **À ma soeur, à mes parents, à ma famille**

À Carla et à la personne exceptionnelle que tu es d'ores et déjà. Je te souhaite d'être heureuse, je te souhaite de trouver ta voie. Je suis déjà fière de toi et de ce que tu as déjà accompli. Tu es incroyable. Je crois en toi, n'en doute jamais ♥

À mes parents, je vous remercie pour votre soutien, je vous remercie pour votre amour. J'aimerais vous dire que je vous aime malgré la distance et malgré les épreuves. Je vous aime tous les deux sans distinction, avec votre singularité. J'espère que ce travail vous rendra fier de la personne que je suis aujourd'hui.

À Laetitia et Jean-Louis, des maillons différents de ma famille mais que j'aime tout autant. Je suis heureuse de vous avoir comme beaux-parents depuis ces nombreuses années.

### **À mon amour (et nos deux chats)**

Frédéric, je tiens à te remercier. Je te remercie pour ton soutien depuis notre rencontre, d'autant plus ces derniers mois. Je te remercie de croire en moi depuis le début. Je te remercie de me pousser à saisir des opportunités et de me soutenir dans mes projets fous. Je fais le choix d'être chaque jour à tes côtés : pas seulement pour ton rôle de Papa chat ou pour ce que tu m'apportes au quotidien mais, pour qui tu es et ce que tu veux devenir. Tu es quelqu'un de doux et d'attentionné, je sais que tu réussiras dans tes projets quoi qu'il en soit. Je suis heureuse de pouvoir être à tes côtés et de m'épanouir chaque jour de plus avec toi.

### **À sa famille de sang et de cœur**

À Catherine, Jean-Paul et Emilie, je vous remercie de m'avoir accueillie comme une membre de la famille Nougier-Morin. Je remercie également Titouan pour sa présence.

À Alexia, Clara, Johanna, Étienne, Romain et Simon, je vous remercie de m'avoir ouvert votre cœur comme vous l'avez fait avec Frédéric. Il a de la chance de vous avoir et j'ai de la chance que vous m'ayez acceptée. Je suis reconnaissante de vous connaître.

### **À mes amis, ma seconde famille**

À Orane, je ne sais pas par quoi commencer mais, je te remercie pour ta patience durant une année de TP et pour mes bêtises, ton écoute sincère et bienveillante depuis cette P2. Je te remercie d'être là et de continuer à être là, malgré tout.

À Linna, je te remercie pour ta douceur et ton écoute. Je suis heureuse et reconnaissante d'avoir fait ta rencontre, de t'avoir dans ma vie depuis la D1 et d'apprendre à te connaître un peu plus chaque jour.

À Maude qui est là à mes côtés depuis la terminale. À nos aventures rpgistes, à nos discussions à distance. J'espère te voir une seconde fois *in real life* mais, je sais que tu es présente malgré les kilomètres, malgré la distance et le décalage horaire.

À Tom, je te remercie de prendre soin de ma chère Orane. Je vous souhaite le meilleur, je vous souhaite de construire d'autres projets ensemble. Je te remercie d'être là pour moi également !

À nos voisins préférés, Lisa et Salomon. Je suis heureuse de pouvoir vous embêter avec autant de facilité ! Je suis reconnaissante pour votre aide et l'amour que vous portez aussi à Saura et Smaug. Je n'avais jamais espéré être amie avec des voisins, je ne suis pas déçue !

Aux rencontres pendant ces années pharma et notamment Dorian pour ces soirées inoubliables (promis, je gagnerai un jour), à Nina aussi pour sa sensibilité et à tous ceux qui ont marqué mes années étudiantes.

### **Aux personnes présentes pour la soutenance de mon travail**

Je ne sais pas encore qui vous êtes ou combien vous serez mais je vous remercie d'avoir fait le déplacement et d'assister à l'aboutissement de mes études. Je vous remercie pour votre présence dans la salle ou en distanciel.

### **Aux papillons**

Je remercie notamment Marie, la première avec qui je me suis attachée dans ces moments de doute. Je pense également à Alicia, une colocataire d'un séjour, Lauryna, Rachel et nos soirées même après ça. Je pense à Héléna et sa famille pour son accueil à Grenoble. Je pense également à Cassandra, Sophia, Elise, Agathe, Grégoire, Juan, Marion et à tellement d'autres également. Je ne peux pas citer les prénoms de tout le monde mais, je vous souhaite à tous et toutes le meilleur.

### **À mes collègues du Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale, du Pôle et du Vinatier**

À Laura pour ses bons conseils et la recommandation du livre Assieds-toi et écris ta thèse qui m'ont évité une défaite certaine. J'en profite pour remercier l'auteur de ce livre (peut-être qu'un jour, elle lira cette thèse et ces remerciements, je peux toujours en rêver).

À Mélanie pour ta douceur, ta patience, je suis heureuse de pouvoir te connaître dans un autre et j'espère que nous collaborerons toujours !

À Anne-Cécile et Ludyvine pour leur soutien, leurs épaules dans ces moments de doute et leur implication !

À Leila pour ses conseils avisés et sa bonne humeur, tu vas faire de belles choses au Pôle HU-ADIS (tu le fais déjà) !

À Kelen pour sa bonne humeur et ses blagues douteuses qui m'aident à passer et penser à autre chose.

A mes collègues du CRR qui me soutiennent, j'aimerais citer et remercier Rashida, Lucile, Marie, Mara, Emmanuel, Naïma, Antoine, Lee, Fabrice, Guillaume, Christophe !

À Camille pour son soutien, son expertise et son implication !

À Louis pour sa gentillesse, je te souhaite le meilleur à toi ainsi qu'à tes deux princesses.

Au collectif des pair-aidants dans son ensemble, je suis contente de pouvoir travailler avec vous !

A l'équipe présente lors de la mission à Tunis, je vous remercie pour nos échanges, votre bonne humeur et pour cette opportunité à vos côtés !

### **À la Brain Academy**

À ces fondateurs et notamment Pras et Yann que j'ai pu rencontrer. Je remercie également les adhérents, je pense entre autres à Florine, Strap, Aurélie, Kaïna, Dura, Mickaël, Pacha et les autres dont j'oublie les prénoms. Promis, j'aurais plus d'énergie pour me lancer dans des parties de BOTC dorénavant.

### **À la Communauté de l'Intervention Pharmaceutique**

À Sébastien pour ces sessions rédaction sur Discord, je n'ai aucun doute concernant ta thèse et ta réussite !

À Elsa pour ces conseils, sa présence et sa confiance aussi. À Romain pour son écoute et ses conseils (parfois lointains à l'autre bout du fil).

À toutes les personnes qui s'investissent dans ce serveur, qui le font vivre et qui veulent changer profondément le système pour le rendre meilleur. J'espère que ce travail fera naître d'autres idées et alimentera le débat également.

À la vie et aux personnes qui m'ont aidé à l'affronter.

À tous mes pairs, quels qu'ils soient et où qu'ils sont. Nous ne sommes plus seuls. Nous faisons partie de l'équipage d'un même navire : le rétablissement.

À moi et à ces nouvelles aventures qui vont s'ouvrir à moi et que je ne connais pas encore

Il fallait une fin à ce chapitre universitaire et je suis heureuse que ce soit celle-ci



## Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>1</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>1) SANTE MENTALE, TROUBLES PSYCHIQUES ET PAIR-AIDANCE : DEFINITION, HISTORIQUE ET SITUATION ACTUELLE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS.....</b>	<b>14</b>
1.1) SANTE MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES.....	14
1.1.1) <i>Définition de la santé mentale</i> .....	14
1.1.1.1) Modèle bidimensionnel santé mentale.....	14
1.1.1.2) Déterminants de la santé mentale .....	15
1.1.2) <i>Définition des différents troubles pouvant causer une souffrance psychique</i> .....	16
1.1.2.1) Définition des troubles psychiatriques et présentation de différents modèles explicatifs .....	16
1.1.2.2) Troubles neurodéveloppementaux .....	17
1.1.2.3) Troubles de l'usage.....	18
1.1.2.4) Référentiels diagnostiques .....	18
1.1.3) <i>Politiques et lois importantes en matière de santé mentale</i> .....	19
1.1.3.1) Sectorisation.....	19
1.1.3.2) Loi du 4 mars 2002 .....	20
1.1.3.3) Loi du 11 février 2005.....	20
1.1.3.4) Loi du 26 janvier 2016 .....	21
1.1.3.5) Assises de la psychiatrie .....	22
1.1.4) <i>Problématiques liées aux troubles psychiques</i> .....	23
1.1.4.1) Chronicisation des troubles et dépenses liées.....	23
1.1.4.2) Précarité des personnes concernées .....	24
1.1.4.3) Surmortalité des personnes concernées .....	25
1.1.4.4) Stigmatisation et représentation de ces troubles dans la société .....	26
1.2) REHABILITATION PSYCHOSOCIALE .....	27
1.2.1) <i>Définitions</i> .....	27
1.2.2) <i>Outils de la réhabilitation psychosociale</i> .....	29
1.2.3) <i>Le Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale (CRR)</i> .....	31
1.3) PAIR-AIDANCE EN SANTE MENTALE, UNE « NOUVELLE » PRATIQUE .....	32
1.3.1) <i>Historique et origines de la pair-aidance</i> .....	33
1.3.1.1) Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel, les 1ères pierres de la pair-aidance.....	33
1.3.1.2) Mouvements d'anciens consommateurs d'alcool .....	34
1.3.1.3) Evènements notables à la suite de la 2 <sup>ème</sup> Guerre Mondiale .....	35
1.3.1.4) Changement de paradigme dans les années 1970 à 1990 .....	37
1.3.1.5) Mise en œuvre de la pair-aidance en France .....	38
1.3.2) <i>Rétablissement</i> .....	41
1.3.3) <i>Autres concepts clés</i> .....	43
1.3.4) <i>Différentes terminologies concernant la participation des personnes concernées</i> .....	47
1.3.5) <i>Cadre de la pratique de la pair-aidance en santé mentale et missions</i> .....	48
1.3.6) <i>Accès aux formations disponibles</i> .....	51
1.3.6.1) Licence « Médiateur de santé pair » .....	52
1.3.6.2) Diplômes universitaires .....	53
1.3.7) <i>Mise en œuvre de la pair-aidance dans d'autres systèmes de santé</i> .....	56

<b>2) ÉTUDE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES PAIR-AIDANTS .....</b>	<b>58</b>
2.1) MATRIELS ET METHODE .....	58
2.1.1) <i>Conception étude</i> .....	58
2.1.1.1) Objectifs de l'étude .....	58
2.1.1.2) Élaboration et diffusion du questionnaire .....	59
2.1.1.3) Population-cible et critères d'inclusion/exclusion.....	69
2.1.2) <i>Méthode</i> .....	70
2.2) RESULTATS DE L'ÉTUDE .....	71
2.2.1) <i>Description des résultats obtenus</i> .....	72
2.2.1.1) Descriptif des participants de notre étude .....	72
2.2.1.2) Etat des lieux de la pratique de la pair-aidance des participants .....	78
2.2.1.3) Etat des lieux des connaissances et de la formation des participants en matière de médicaments .....	83
2.2.1.4) Etat des lieux de la pratique des participants en matière de médicaments.....	87
2.2.1.5) Descriptif du vécu des participants en matière de médicaments.....	97
2.2.2) <i>Analyse de variables importantes</i> .....	108
2.2.2.1) Lien entre effets indésirables sévères et les sujets abordés à l'initiative du pair-aidant .....	108
2.2.2.2) Lien entre formation et souhaits de formation et connaissances en matière de médicaments.....	111
2.2.2.3) Lien entre formation et pratique professionnelle .....	116
2.3) DISCUSSION.....	117
2.3.1) <i>Questionnements préliminaires</i> .....	117
2.3.2) <i>Détails des résultats pertinents</i> .....	118
2.3.3) <i>Biais de l'étude</i> .....	123
2.3.4) <i>Retours des participants sur le questionnaire</i> .....	123
2.3.5) <i>Synthèse des résultats</i> .....	124
<b>3) PROPOSITIONS D'AMELIORATION .....</b>	<b>126</b>
3.1) PLACE DES PAIR-AIDANTS DANS LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE .....	126
3.1.1) <i>Rappel du cadre et des missions du pair-aidant</i> .....	126
3.1.2) <i>Inscription dans l'adhésion médicamenteuse</i> .....	128
3.1.3) <i>Prise en charge de certains effets induits par les médicaments</i> .....	129
3.1.4) <i>Sevrage et déprescription</i> .....	130
3.2) APPORT DES RESULTATS DE NOTRE ETUDE FACE A L'EXPERTISE PHARMACIENNE ET PAIR-AIDANTE .....	132
3.2.1) <i>Promotion de la pair-aidance et du rétablissement en santé mentale</i> .....	132
3.2.2) <i>Aménagement des locaux dans les officines</i> .....	135
3.2.3) <i>Accompagnement des prescriptions de médicaments utilisés en psychiatrie</i> .....	136
3.2.4) <i>Diffusion en officine des outils du rétablissement : l'exemple des directives anticipées en psychiatrie</i> .....	137
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>140</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>142</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>154</b>
<b>RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS .....</b>	<b>172</b>

## Liste des sigles et abréviations

AA (Alcooliques Anonymes)

ADELI (Automatisation DEs Listes)

AFRC (Association Francophone de Remédiation cognitive)

ALD (Affection Longue Durée)

AM (Assurance Maladie)

AMM (Autorisation de Mise sur le Marché)

APA (Activité Physique Adaptée)

ARS (Agence Régionale de Santé)

CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé)

CH (Centre Hospitalier)

CIM (Classification Internationale des Maladies)

CNAM (Caisse Nationale Assurance Maladie)

CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

CoFoR (Centre de Formation au Rétablissement)

CRAT (Centre Régional des Agents Tératogènes)

CRR (Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale)

CSP (Code de la Santé Publique)

DAP (Directives Anticipées en Psychiatrie)

DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)

DPC (Développement Personnel Continu)

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

DU (Diplôme Universitaire)

EPoP (Empowerment and participation of Persons with disability)

ETP (Éducation thérapeutique du Patient)

FNAPSY (Fédération Nationale des Associations en PSYchatrie)

GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle)

HAS (Haute Autorité de Santé)

IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)

MOOC (Massive Open Onlive Courses)

MSP (Médiateur de Santé Pair)

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

PACA (Provence Alpes et Côte d'Azur)

PIC (Psychiatrie Information Communication)

PSSM (Premiers Secours en Santé Mentale)

PTSM (Projet Territorial Santé Mentale)

SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)

TDAH (Troubles de l'Attention avec ou sans Hyperactivité)

TND (Troubles neurodéveloppementaux)

TSA (Troubles du Spectre Autistique)

TSLA (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages)

TSPT (Troubles du Stress Post-Traumatique)

TSO (Traitements Substitutifs aux Opiacés)

UNAFAM (Union NAtionale des Familles et des Amis de personnes Malades)

VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine)

ZEST (Zone d'Expression contre la Stigmatisation)

## Liste des figures

Figure 1 : Modèle bidimensionnel de la santé mentale adapté de Keyes (source Minds)

Figure 2 : Déterminants de la santé mentale (source Minds)

Figure 3 : Dimensions du rétablissement (adapté de van der Stel, 2012 par L. Antoine)

Figure 4 : Formes d'entraide (adapté de British Columbia Ministry of Health Services par Dr P. Le Cardinal et P. Maugiron)

Figure 5 : Moyens utilisés pour connaître la pair-aidance

Figure 6 : Formations suivies dans le passé pour exercer la pair-aidance

Figure 7 : Connaissances des participants en matière de médicaments

Figure 8 : Sujets abordés dans les formations suivies pour exercer la pair-aidance

Figure 9 : Formations souhaitées en matière de médicaments

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Domaines d'activité des participants avant l'exercice de la pair-aidance

Tableau 2 : Motivations des participants pour exercer la pair-aidance

Tableau 3 : Types de structure d'exercice des participants

Tableau 4 : Missions effectuées par les participants dans le cadre de leur exercice

Tableau 5 : Exercice des participants avec d'autres pair-aidants

Tableau 6 : Exercice des participants avec une équipe de soins

Tableau 7 : Types de diagnostic des personnes accompagnées

Tableau 8 : Sujets abordés en matière de médicaments à l'initiative des participants

Tableau 9 : Sujets abordés en matière de médicaments à l'initiative des personnes accompagnées

Tableau 10 : Sujets abordés en matière de médicaments à l'initiative des équipes de soins

Tableau 11 : Documentation et ressources conseillées par les participants en matière de médicaments

Tableau 12 : Types de diagnostic des participants

Tableau 13 : Amélioration du quotidien des participants à l'aide de médicaments utilisés en psychiatrie

Tableau 14 : Limitation du quotidien des participants à cause de médicaments utilisés en psychiatrie

Tableau 15 : Type de professionnels de santé rencontrés dans le parcours de soins des participants

Tableau 16 : Sujets abordés à l'initiative des participants parmi ceux ayant vécu un effet indésirable

Tableau 17 : Participants ayant vécu au moins un effet indésirable sévère parmi ceux initiant le sujet des conseils sur la prise en charge des effets indésirables

Tableau 18 : Formations souhaitées en matière de médicaments en fonction du statut de la formation

Tableau 19 : Connaissances en matière de médicaments en fonction du statut de la formation

Tableau 20 : Statut de la formation en fonction de la pratique professionnelle en matière de médicaments

## Introduction

Une personne sur huit est atteinte d'un trouble psychique dans le monde en 2019 (1). Vivre avec un tel trouble a de multiples conséquences dont un risque de chronicisation. De ce fait, il est souhaitable pour les personnes concernées par ces troubles de bénéficier d'un environnement favorable à leur rétablissement.

Le rétablissement en santé mentale est défini comme « une transformation par laquelle la vieille personnalité est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge » (2). Il permet à la personne concernée de regagner du pouvoir d'agir et de s'autonomiser en connaissant son fonctionnement interne et en créant des stratégies pour limiter l'impact de ses propres symptômes sur sa vie quotidienne. L'expérience de la maladie psychique et du rétablissement permet de construire son savoir expérientiel. Ce dernier est d'ailleurs un des concepts clés de la pair-aidance en santé mentale. Cette pratique consiste à ce que les personnes rétablies fassent le choix d'utiliser leur savoir expérientiel en se professionnalisant pour accompagner les personnes qui font face à une même situation psychique. Les différents outils sur lesquels s'appuie le pair-aidant sont destinés à promouvoir le rétablissement.

Dans notre travail, nous nous intéressons à la pair-aidance comme une pratique d'accompagnement. En France, cet intérêt est récent mais, aujourd'hui, des programmes et des expérimentations se sont développés pour intégrer des pair-aidants professionnels, ceux-ci sont rémunérés et intégrés dans des équipes de soins. Plusieurs études montrent que la pair-aidance est une pratique d'avenir (3). Notre hypothèse s'intéresse au positionnement des pair-aidants concernant les médicaments utilisés en psychiatrie dans leur pratique professionnelle. Notre approche s'oriente vers l'élaboration d'un questionnaire à l'attention des personnes exerçant la pair-aidance en santé mentale quels que soient leur mode d'exercice ou leur formation. Selon l'orientation des résultats, leur analyse permettra de proposer des axes d'amélioration pour les acteurs concernés.

En premier lieu, nous décrivons le contexte et, après quelques définitions de la santé mentale et des troubles psychiques, nous abordons la pair-aidance dans toutes ses dimensions. Puis, nous présentons l'étude de pratique de pair-aidance notamment sur les thèmes de formation, connaissances et le vécu des professionnels. Ce travail nous permet d'aborder des champs d'amélioration pour les pair-aidants ainsi que le positionnement des pharmaciens.

## 1) Santé mentale, troubles psychiques et pair-aidance : définition, historique et situation actuelle dans le système de santé français

### 1.1) Santé mentale et troubles psychiques

#### 1.1.1) Définition de la santé mentale

##### 1.1.1.1) Modèle bidimensionnel santé mentale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons » (4). Il n'est pas possible de parler de santé sans inclure la santé mentale.

Il existe plusieurs modèles expliquant la santé mentale. Le plus pertinent est le modèle bidimensionnel de Keyes où la santé et la maladie psychique représentent deux dimensions distinctes mais modérément corrélées (figure 1). La dimension « Souffrance » représente l'absence ou la présence de symptômes définis à l'aide du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III ou DSM III à l'époque (5). Cette dimension comprend des symptômes de faible ou forte intensité. La dimension « Santé » représente l'absence ou la présence de facteurs de bien-être émotionnel (comme l'expérience d'émotions positives). Ce modèle permet de comprendre qu'un trouble psychique peut coexister avec une bonne santé (6).

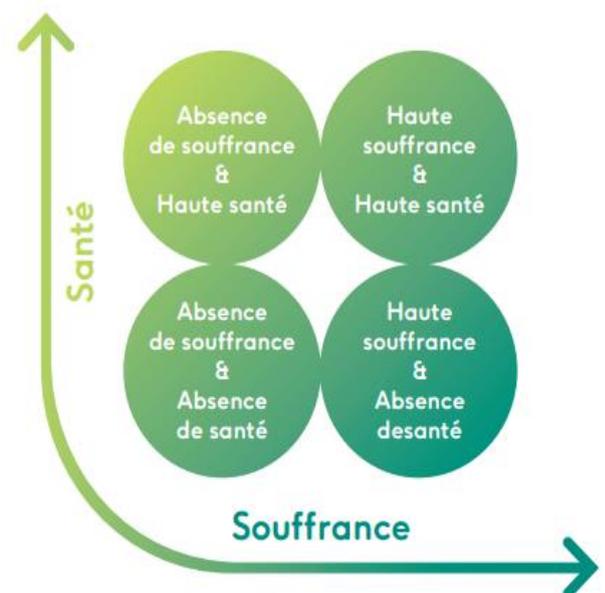


Figure 1 : modèle bidimensionnel de la santé mentale adapté de Keyes (source Minds)

### 1.1.1.2) Déterminants de la santé mentale

La santé mentale ne signifie donc pas une absence de troubles psychiques. Elle fluctue en permanence car, elle dépend de nombreux facteurs déterminants qui sont individuels, sociaux et sociétaux (figure 2). Certains facteurs sont fixes et inhérents à la personne comme les facteurs génétiques. Néanmoins, il est possible d’agir sur d’autres facteurs ou de les renforcer comme la situation économique des personnes concernées ou les politiques sociales. La compréhension de ces facteurs est essentielle afin d’établir des politiques de santé publique. Toutefois, les facteurs interagissent entre eux et à différents niveaux (6). Agir sur ses déterminants permet de préserver la santé mentale à tous les niveaux.

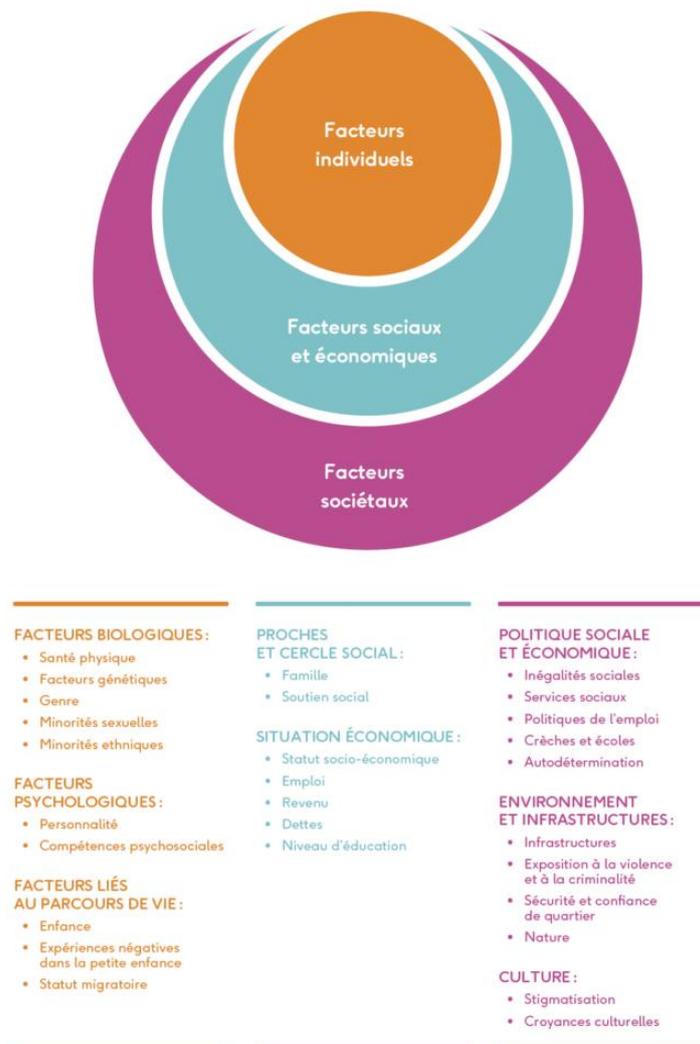


Figure 2 : Déterminants de la santé mentale (source Minds)

La santé mentale est une composante large qui comprend trois dimensions : la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle et les troubles psychiatriques de durée variable. La santé mentale positive est définie par l'épanouissement personnel. La détresse psychologique réactionnelle n'est pas toujours révélatrice d'un trouble. Lorsqu'elle est temporaire, cette détresse est considérée comme une réaction normale et adaptative. Cependant, si elle est intense et/ou perdure, elle peut être le signe d'un trouble psychiatrique. Les troubles psychiatriques se réfèrent à des classifications diagnostiques et des actions thérapeutiques ciblées et relèvent d'une prise en charge médicale (7). Agir sur les déterminants de la santé mentale permet de diminuer l'apparition et/ou l'aggravation de certains troubles psychiques.

#### 1.1.2) Définition des différents troubles pouvant causer une souffrance psychique

Il est nécessaire de donner quelques éléments généraux de réponse pour situer et définir les troubles psychiques. Ces éléments ne sont pas exhaustifs au vu de la pluralité des troubles et de profils des personnes concernées.

##### 1.1.2.1) Définition des troubles psychiatriques et présentation de différents modèles explicatifs

En 1992, Wakefield complète la définition d'un trouble psychique avec la notion de « dysfonctionnement préjudiciable ». Il doit exister un dysfonctionnement biologique et une souffrance pour qu'un état soit pathologique. Un dysfonctionnement se définit comme un « défaut d'adaptation à un environnement qui a façonné l'espèce par sa pression sélective à un moment de son évolution ». Ceci veut dire que « aucun état dysfonctionnel ne peut être considéré comme pathologique, s'il ne porte pas préjudice au porteur » et que « tout état préjudiciable est normal s'il ne s'y trouve pas de dysfonctionnement biologique » (8). Il existe des limites à cette définition des troubles psychiques mais, elle reste la référence aujourd'hui

(9). Parmi les principaux troubles psychiques, on retrouve les troubles psychotiques, troubles de l'humeur (unipolaire ou bipolaire) et les troubles anxieux entre autres.

A ce jour, le modèle vulnérabilité-stress peut expliquer l'apparition de certains troubles comme la schizophrénie. Chaque individu est caractérisé par un degré de vulnérabilité, la maladie est révélée seulement après un certain niveau de stress. La vulnérabilité dépend de facteurs innés, souvent génétiques, et acquis comme les événements de vie. Le stress est causé par des facteurs extérieurs et certains comportements de l'individu en question. Cela veut donc dire que pour causer un même comportement pathologique, la personne peu vulnérable exprimera des symptômes en réaction à un niveau de stress plus élevé. Les facteurs évitables d'une rechute ou de l'apparition de la maladie sont à deux niveaux : la réduction de la vulnérabilité ou la réduction du stress perçu (10).

Les maladies psychiques sont issues d'un modèle biopsychosocial, c'est-à-dire qu'elle est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

#### 1.1.2.2) Troubles neurodéveloppementaux

Il est important de considérer les Troubles Neurodéveloppementaux (TND) comme des pathologies pouvant entraîner une souffrance psychosociale. En effet, les TND sont des affections définies par un défaut de développement d'une ou plusieurs compétences cognitives attendues lors du développement psychomoteur et affectif de l'enfant, qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, familial et social (11). Ces TND regroupent entre autres les Troubles du Spectre Autistique (TSA), le Trouble de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et les troubles dys comme la dyslexie, la dyspraxie.

### 1.1.2.3) Troubles de l'usage

Les troubles de l'usage, ou addictions, sont un « comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur, qui se caractérise par l'échec répété des tentatives de contrôle et par sa persistance en dépit des conséquences négatives » (12). Ces conséquences négatives peuvent être à l'origine d'une souffrance psychique importante. Il est primordial de les prendre en compte et de les rechercher dans la prise en charge des personnes concernées.

A ce jour, les troubles de l'usage sont considérés comme des pathologies cérébrales, que la dépendance soit liée à une dépendance ou à une activité. Ils sont reconnus dans les classifications internationales (13).

### 1.1.2.4) Référentiels diagnostiques

La présence d'un de ces troubles n'exclut pas la coexistence d'un autre trouble. Avoir reçu un diagnostic psychiatrique par exemple est un facteur de risque d'avoir une comorbidité psychiatrique, addictive ou neurodéveloppementale.

Un trouble psychique, un trouble de l'usage ou un trouble neurodéveloppemental font référence à une catégorie diagnostique en fonction de critères définis dans le DSM 5 ou la Classification Internationale des Maladies ou CIM 11 (14,15). Concernant la psychiatrie, les critères de la CIM sont maintenant alignés avec ceux du DSM. La CIM 11 est proposée par l'OMS et est rentrée en vigueur en 2022. Elle permet une classification internationale et unifiée dans le monde en se basant sur des codes communs. Ces derniers sont utilisés pour établir des statistiques et un socle mondial pour différents intervenants : assureurs-santé, gestionnaires de programmes de santé (16). Le DSM ainsi que la CIM tiennent compte des troubles psychiques ainsi que des troubles neurodéveloppementaux. Ces classifications ont évolué au fil des années. Par exemple, le DSM 5 considère désormais le syndrome d'Asperger, le trouble autistique et les troubles envahissant du développement comme un seul continuum, appelé TSA (14).

### 1.1.3) Politiques et lois importantes en matière de santé mentale

Nous allons parler de certains points majeurs dans l'élaboration des politiques.

La succession des plans gouvernementaux montre que la santé mentale et les troubles psychiques sont des enjeux majeurs de santé publique. D'ailleurs, l'OMS et les Etats membres, dont la France, ont adopté en 2013 un plan d'action pour la santé mentale. Ce plan a pour but de renforcer la gouvernance, fournir des services adaptés aux besoins, renforcer la recherche et de la mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en santé mentale. Il présente également les axes d'action comme la couverture des soins, le respect des droits humains, le respect des bonnes pratiques, une approche orientée vers la vie des personnes, une approche multisectorielle et la recherche de la reprise du pouvoir d'agir des personnes concernées. En 2019, ce plan a été reconduit jusqu'en 2030 (17). En 2018, la stratégie « Ma santé 2022 » considère la psychiatrie et la santé mentale des priorités de santé (18). En 2022, le système de soins psychiatriques faisait l'objet d'une réforme portant sur le financement (19).

#### 1.1.3.1) Sectorisation

En France, la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 met en place la sectorisation en milieu psychiatrique, c'est-à-dire que chaque territoire dépend d'une structure hospitalière psychiatrique précise. En somme, « chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés » c'est-à-dire qu'il met à disposition les moyens adéquats en milieu hospitalier et ambulatoire en termes de prévention, de diagnostic et de soins (20). La sectorisation avait été mise en œuvre pour que des territoires ne soient pas dépourvus de structures de soins psychiatriques. Cette loi est toujours d'actualité même si elle présente des limites aujourd'hui. Nous pouvons constater que la sectorisation peut empêcher le « libre choix » concernant l'équipe soignante et la nature des soins. Ce libre choix est pourtant un principe fondamental et une composante essentielle du consentement (21).

### 1.1.3.2) Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002, ou « loi Kouchner » est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi a été élaborée pendant presque 20 ans en concertation avec des associations de patients engagées dans la lutte contre la pandémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). Les objectifs de cette loi sont de mieux répondre aux besoins des malades, définir le rôle des professionnels de santé et d'améliorer le droit des patients. Certains droits sont renforcés comme le droit à l'information et au consentement éclairé. L'accès aux informations porte notamment sur l'accès direct à son dossier médical. Le consentement éclairé doit être respecté par tout professionnel de santé sous peine de sanctions disciplinaire et/ou civile. Cette loi introduit la notion de démocratie sanitaire, une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Celle-ci passe par l'information des patients et la création de commission des relations avec les usagers (22).

### 1.1.3.3) Loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît pour la première fois la notion de handicap psychique. Cette loi prévoit le développement de Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), définies comme des structures de prévention et de compensation du handicap. Ce sont des dispositifs associatifs qui reposent sur l'entraide mutuelle entre pairs, c'est-à-dire que des personnes avec des mêmes problématiques de santé se constituent en collectif. Leur fonctionnement n'est pas médicalisé et ne sont pas chargés de prestations médicales ou médico-sociales mais, sont des acteurs à part entière du réseau du territoire. Le GEM a pour objectif principal de rompre l'isolement et de favoriser le lien social. La création de ce dispositif suit un cahier des charges pour être subventionné par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Parmi les conditions à remplir, les GEM doivent être parrainés par une autre structure en capacité de soutenir les adhérents. Des animateurs salariés aident les adhérents à s'organiser autour d'un projet et facilite les échanges avec l'environnement dans la cité. Le suivi national

de l'activité de ce dispositif est piloté par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (23,24). En 2021, 656 GEM sont répertoriés, chaque département ayant au moins un GEM (25).

#### 1.1.3.4) Loi du 26 janvier 2016

L'adoption de la loi n°2016-41 sur la modernisation du système de santé permet de caractériser les politiques de santé mentale. Elle comprend des « actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ». Sa mise en œuvre nécessite l'implication d'acteurs diversifiés en termes de professionnels différents et de domaines d'action. Il est important d'impliquer les acteurs de la prévention, du logement et de l'insertion ainsi que les professionnels libéraux et les établissements de santé (26). Cette loi a plusieurs conséquences : la création de projets territoriaux, l'organisation des soins autour de la recherche du rétablissement et le renforcement des prises en charge ambulatoires ainsi que des réductions des hospitalisations (27). Cette notion de réadaptation et de réinsertion sociale montre la transformation organisationnelle et des pratiques pour prendre en charge la personne concernée tout au long de son parcours (28).

- Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) :

Cette loi a permis une dynamique territoriale avec la création des PTSM. Ces derniers sont établis par les acteurs de santé du terrain en se basant sur un diagnostic territorial partagé en santé mentale. Ce diagnostic tient compte des caractéristiques socio-démographiques, géographiques de leur territoire et des priorités communes fixées par le gouvernement. Parmi ces priorités, on retrouve le repérage précoce des troubles psychiques, le respect et la promotion des droits entre autres. Le diagnostic identifie les insuffisances dans l'offre de soins existante et préconise des axes d'actions. Ensuite, ces actions font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale signé par les acteurs du territoire et l'ARS. Cette reconnaissance dans les textes permet de reconnaître qu'une coordination entre chaque acteur d'un territoire est indispensable (26,29).

### 1.1.3.5) Assises de la psychiatrie

Les assises de la psychiatrie ont été annoncées par le Président de la République en janvier 2020. Elles se sont déroulées le 27 et le 28 septembre 2021, durant la période de la crise sanitaire liée au virus SARS-CoV-2. Cet évènement a permis de réunir l'ensemble des acteurs concernés pour dresser un état des lieux de la prise en charge de la santé mentale, de l'offre de soins et de l'accompagnement proposé aux Français concernés. Ces acteurs comprenaient entre autres des associations de personnes concernées, des aidants, des médecins psychiatres, des psychologues, un patient expert. La première journée abordait l'état des lieux en France de la santé mentale et de la psychiatrie et l'impact de la crise sanitaire. La deuxième journée permettait de recueillir les thématiques prioritaires et les évolutions attendues dans le milieu. Il a été annoncé durant cet évènement le remboursement de séances de psychologues et la création d'un numéro national de prévention du suicide, le 31 14 (30,31).

- Dispositif « Mon parcours psy » :

Ce dispositif permet de bénéficier d'un accompagnement psychologique pris en charge par l'Assurance Maladie (AM). La personne souhaitant un suivi doit s'adresser à un médecin qui après une consultation d'évaluation lui remet un courrier d'adressage et d'accompagnement. Le médecin n'est pas nécessairement médecin psychiatre, l'intérêt du dispositif étant de faciliter la coordination entre médecin, psychiatre et psychologue. Le médecin identifie les critères d'inclusion au dispositif qui présentent des troubles d'intensité légère à modérée ou sans critères de gravité. Si le patient est éligible mais prend un médicament au long cours, il est nécessaire de solliciter un médecin psychiatre avant adressage. Une fois les courriers remis, la personne peut choisir le psychologue de son choix dans l'annuaire proposé. Le professionnel doit être partenaire du dispositif. Dans le cadre de ce dispositif, 8 séances sont prises en charge par année civile : 1 séance d'évaluation par le psychologue et 7 séances de suivi avec celui-ci. Le prix des séances est fixé par l'AM et représente 40 euros pour la séance d'évaluation et 30 euros pour chaque séance de suivi. A la fin de l'accompagnement, le psychologue doit fournir un compte-rendu de fin de prise en charge au médecin pour évaluer et communiquer en cas de non-amélioration des symptômes (32,33).

- Numéro national de prévention du suicide :

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021, il est possible d'appeler le 31 14. Ce numéro s'adresse aux personnes en détresse mais aussi à l'entourage qui souhaiteraient aider un proche. Ce numéro est accessible gratuitement en toute confidentialité dans la France entière. Il est disponible « 7j/7 et 24h/24 » et permet une mise en lien avec un professionnel formé à la prévention du suicide. Le site internet permet également de trouver des ressources sur la thématique. La documentation disponible est à destination des personnes concernées, l'entourage, les personnes endeuillées par suicide et les professionnels. Le dispositif est piloté par le Ministère de la Santé et de la Prévention. Le projet est suivi par un comité de pilotage national. Au niveau régional, le déploiement de ce numéro national dans la stratégie de prévention est mis en œuvre par les ARS (34).

Les Assises de la psychiatrie ont permis de mettre en lumière les problématiques spécifiques liées aux troubles psychiques.

#### 1.1.4) Problématiques liées aux troubles psychiques

Souffrir d'un trouble psychique peut amener à de nombreuses conséquences. Nous souhaitons décrire certains points majeurs. Ces problématiques ne sont pas exhaustives et sont souvent vécues par les personnes concernées.

##### 1.1.4.1) Chronicisation des troubles et dépenses liées

Les troubles psychiques sont des pathologies fréquentes. Tout le monde peut être concerné puisqu'en 2019, une personne sur huit dans le monde présentait un trouble psychique, soit 970 millions de personnes (1). Chacune des personnes concernées étant entourée par un cercle social, professionnel et familial alors, le nombre de personnes indirectement concernées est important. Par exemple, en France en 2014, la prévalence des troubles

bipolaires est estimée entre 1 % et 2,5 % (35). Les pathologies psychiatriques sont reconnues comme des maladies invalidantes puisqu'elles font partie de la liste des Affections de Longue Durée (ALD). D'ailleurs, selon le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) paru en janvier 2021, les personnes bénéficiant d'une ALD représentent 18 % des assurés à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Les affections psychiatriques de longue durée représentent en 2017, 13 % des ALD. Concernant les soins psychiatriques pour les personnes bénéficiant d'une ALD, 70 % sont pris en charge par un établissement public psychiatrique alors que pour d'autres pathologies (diabète), ces soins représentaient moins de 30 % en 2017 (36). Les médicaments sont une part non-négligeable des remboursements et engagent des dépenses importantes de la part de l'Assurance Maladie (AM). Les principales classes des médicaments utilisés en psychiatrie sont les psycholeptiques (antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques) pour 129 339 026 boîtes délivrées en pharmacie de ville et les psychoanaleptiques (antidépresseurs, psychostimulants entre autres), pour 66 270. Au total, les dépenses s'élèvent à 905 896 980 millions d'euros remboursés par l'AM en 2017 (37).

#### 1.1.4.2) Précarité des personnes concernées

Les personnes en grande précarité sont souvent concernées par les troubles psychiques. Nous définissons la grande précarité comme le fait de vivre sans domicile. Selon les études, la représentation des troubles psychiques dans les populations précaires varie en fonction de la localisation et les échantillonnages représentés. En moyenne, 76,2 % des personnes précaires sont concernées par les troubles psychiques. Les diagnostics les plus souvent retrouvés sont les troubles de l'usage dont l'alcool et les drogues qui concernent en moyenne respectivement 36,7 % et 21,7 % des diagnostics rencontrés. La schizophrénie et les troubles apparentés sont le 3<sup>ème</sup> diagnostic le plus rencontré (38). La relation entre précarité et troubles psychiques est complexe. Les troubles psychiques sont à l'origine d'une précarisation de la population et la précarité peut être à l'origine d'une souffrance psychique. Cette situation relève d'enjeux sociaux, d'éthique et de santé publique. Elle nécessite des prises en charge adaptées (39). Certains facteurs de risque de la précarisation sont évitables comme l'utilisation de certaines

molécules psychotropes. Par exemple, la loxapine est plus souvent retrouvée dans le parcours de soins des personnes sans domicile que dans le reste de la population traitée pour des troubles psychiques et ayant un logement. Ce facteur aurait un pouvoir prédictif plus important que le diagnostic en lui-même (40).

La précarité est liée également à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi. Souffrir d'un trouble psychique impacte le travail des personnes concernées en termes de productivité mais aussi d'absentéisme. Les personnes concernées perdent deux fois plus leur travail que les autres (41).

La pratique de la pair-aidance prend en compte ces deux problématiques et met en œuvre des dispositifs particuliers pour aider les personnes concernées. Par exemple, le dispositif « Un chez soi d'abord » contribue à l'accès et au maintien dans un logement pour les personnes sans domicile (cf partie 1.3.1.5).

#### 1.1.4.3) Surmortalité des personnes concernées

Les troubles psychiques sont des maladies fréquentes et peuvent entraîner de multiples conséquences. Parmi celles-ci se trouve la surmortalité des personnes concernées. Un article de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) paru en 2018 traite de la surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiques sévères en comparaison aux autres bénéficiaires du régime général de l'AM. En moyenne, être concerné par un trouble psychique réduit l'espérance de vie de 15 ans en 2014. Cet article montre que quel que soit le diagnostic de la personne, une surmortalité est présente mais, il existe une disparité entre les diagnostics. En effet, les troubles addictifs et les troubles psychotiques ont une surmortalité générale et prématurée plus importante. Les causes de décès sont souvent identiques aux autres assurés. Par exemple, le cancer et les maladies cardiovasculaires sont également les deux premières causes de décès. Le cancer est responsable de 26 % des décès chez les personnes suivies pour un trouble psychique contre 33 % des décès des autres assurés. Contrairement à ces derniers, les causes externes (suicide, accident, chutes) sont la 3<sup>ème</sup> cause de décès des personnes suivies pour un trouble psychique contre la 5<sup>ème</sup> cause pour les autres. La différence est que les personnes suivies pour un trouble psychique meurent plus

souvent de façon prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans (42). Pour les personnes diagnostiquées schizophrènes, les conséquences de cette surmortalité résultent des pathologies somatiques diagnostiquées tardivement, des effets indésirables des antipsychotiques, du mode de vie déséquilibré (tabagisme, sédentarité) et du risque élevé de suicide ou d'autres accidents (43).

#### 1.1.4.4) Stigmatisation et représentation de ces troubles dans la société

La stigmatisation en santé mentale repose sur la « méconnaissance, l'ignorance (...) et une construction sociale » des troubles psychiques. Être concerné par un trouble psychique est attribué à un caractère « socialement honteux ». Ces croyances d'ordre culturel sont relayées par les médias. Cette représentation par les médias met en lumière la vision de la société à ce sujet. Cette stigmatisation peut engendrer de la discrimination et le déni des droits légitimes (44). La discrimination implique une action. Celle-ci est responsable de souffrances pour les personnes concernées. Elle peut entraîner des mauvais traitements, l'exclusion sociale et l'internalisation de ces croyances. Ces discriminations concernent l'entourage amical et familial et les professionnels de santé, dont ceux de la santé mentale (45). La stigmatisation est moins présente chez les professionnels de santé mentale qui considèrent qu'ils partagent des similarités avec les personnes concernées par la schizophrénie. Ces professionnels peuvent concevoir la schizophrénie comme un extrême du continuum entre normal et pathologique (46).

La stigmatisation est également présente chez les pharmaciens. Cette stigmatisation peut porter sur la santé mentale et la prise de traitement psychotrope. Par exemple, chez les étudiants en pharmacie, la stigmatisation liée à la prise de traitement psychotrope est plus importante que la stigmatisation liée à une pathologie mentale. Il est montré que les préférences personnelles en matière de traitement influencent la stigmatisation liée à la prise de traitement psychotrope (47). Nous notons que la stigmatisation de la part des pharmaciens a des conséquences sur la prise en charge des personnes. Par exemple, concernant le diagnostic de la schizophrénie, les pharmaciens qui présentent des connaissances sur ce

trouble et un taux faible de stigmatisation sont plus enclins à dispenser des conseils et détecter les interactions médicamenteuses (48).

Des actions peuvent être mise en place de lutte contre la stigmatisation, ou déstigmatisation, peuvent être mises en place. Ces actions doivent prendre en compte les différents publics à viser : les leaders d'opinion, les futurs professionnels, les jeunes, les personnes atteintes de pathologies mentales (49). Par exemple, en 2000, les bibliothèques vivantes ont été conçues pour être un support de lutte contre la stigmatisation et les discriminations. En effet, les bibliothèques vivantes sont des événements destinés au grand public, des lecteurs, qui viennent écouter les histoires de personnes qui représentent des groupes fréquemment stéréotypés, les livres vivants. Un espace de dialogue se crée entre lecteurs et livres pour un apprentissage réciproque (50).

Nous devons considérer les pharmaciens, les étudiants et les autres professionnels du milieu dans les actions mises en place contre la stigmatisation.

## 1.2) Réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale et les pratiques orientées rétablissement ont fait l'objet d'une formalisation précise décrite dans le Traité de réhabilitation psychosociale et l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 16 janvier 2019 (27,51). Nous n'allons en aborder que des points spécifiques.

### 1.2.1) Définitions

La réhabilitation psychosociale désigne des « pratiques et une posture qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères » (27). L'objectif est de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale des personnes concernées. Cette démarche doit respecter les choix des concernés et prendre en compte leurs besoins et les difficultés rencontrées. Pour ce faire, il est important de s'appuyer sur les

capacités des personnes concernées et d'adapter les outils proposés (cf partie 1.2.2). Ces soins de réhabilitation sont considérés comme nécessaires pour tout individu touché par un trouble psychique sévère qui pourrait se trouver limité dans sa capacité à évoluer. Alors qu'originellement, ils concernaient essentiellement les personnes hospitalisées au long cours, ils sont maintenant proposés en priorité en ambulatoire, le plus tôt possible dans le parcours de soin (27,52). Il est important de comprendre que la démarche de réhabilitation psychosociale implique des professionnels de la santé mentale de telle manière qu'ils ne peuvent qu'intégrer les valeurs du rétablissement. Le parcours de réhabilitation comprend en trois phases :

- La phase de diagnostic correspond au premier contact avec la personne concernée. Elle permet de juger de déterminer la volonté immédiate de l'usager à participer à des activités de réhabilitation. Les usagers sont accompagnés vers la définition d'un objectif concret tel qu'une réinsertion professionnelle ou l'accès à un logement. Cette phase comprend une évaluation fonctionnelle qui permet à l'individu d'identifier ses compétences et le soutien nécessaire pour atteindre l'objectif qu'il a défini.
- La phase de planification correspond à la restitution de l'évaluation en présence de l'usager et des professionnels. Dans ce cadre, les interventions adéquates sont choisies en concertation ainsi que les intervenants. A l'issue, un plan de réhabilitation est créé et spécifie précisément les méthodes déployées et les objectifs.
- La phase d'intervention correspond à la mise en œuvre du plan de réhabilitation. Elle passe par le développement de compétences ou le renforcement de celles qui sont déjà présentes. Il est nécessaire d'utiliser les techniques de réhabilitation et la coordination des ressources disponibles. Celle-ci nécessite d'être en lien direct avec les ressources disponibles à l'extérieur, c'est-à-dire dans la communauté (27).

Depuis 2017, la réhabilitation est reconnue comme une des priorités dans le domaine de la santé mentale. Le PTSM doit permettre de mettre en place des actions afin de faciliter l'accès à des soins de réhabilitation (53).

### 1.2.2) Outils de la réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur des outils thérapeutiques tels que la psychoéducation, la remédiation cognitive et l'entraînement des compétences sociales. Le premier d'entre eux permet d'agir sur la motivation et l'engagement dans les soins en permettant l'appropriation de notions et de savoir-faire sur les symptômes, les traitements et le sommeil, entre autres. Les outils de soin de la réhabilitation psychosociale s'adressent à différents acteurs : les personnes concernées, mais aussi les aidants. Ils sont utilisés après avoir procédé à une évaluation des besoins. La réhabilitation permet de prendre en charge des difficultés persistantes. Ces dernières peuvent être d'ordre cognitif, relatives à la compréhension de sa maladie et/ou des troubles de l'interaction. Une mauvaise compréhension de la maladie est aussi appelée « troubles de l'insight » (54,55).

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur les compétences de professionnelles appartenant à plusieurs catégories dont des pair-aidants. Nous verrons ce qu'est la pair-aidance en santé mentale. Nous décrirons aussi la psychoéducation car cette technique s'appuie sur l'expertise des pair-aidants. Nous n'aborderons pas les autres outils thérapeutiques, comme la remédiation cognitive ou l'entraînement des compétences sociales car ils ne s'inscrivent pas dans le cadre de notre travail.

- Pair-aidance en santé mentale :

La pair-aidance en santé mentale est une modalité d'entraide professionnalisée impliquant une personne rétablie de son trouble, le pair-aidant, et une personne accompagnée vers son rétablissement. La pair-aidance prend toute sa pertinence lorsqu'elle est inscrite dans le contexte de la réhabilitation psychosociale. En effet, l'expérience de la maladie et du rétablissement permet aux personnes accompagnées de s'identifier et de retrouver de l'espoir (cf partie 1.3) (3).

- Psychoéducation :

La psychoéducation renvoie à l'« ensemble des interventions à visée éducative concernant les maladies psychiatriques et leurs traitements ». Celle-ci passe par la promotion des capacités permettant de faire face à ses difficultés. Ces actions peuvent être prodiguées par des professionnels de santé et/ou par des pairs. En pratique, l'intervention en binôme et pluridisciplinaire est favorisée. Les interventions de groupe sont privilégiées car, elles facilitent le partage d'expérience et la création de liens. Il est toutefois possible d'aborder certaines notions dans un cadre individuel. La psychoéducation a des objectifs thérapeutiques et a pour objectif une modification des attitudes et des comportements (54,56).

La loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, la santé et le territoire, ou loi HPST, facilite la mise en œuvre d'Education Thérapeutique du Patient (ETP). La promulgation de cette loi a donné un cadre légal à la pratique et a permis de définir un cahier des charges pour autoriser les programmes par les ARS (57). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'intervention des patients dans ce cadre. Les programmes de psychoéducation peuvent avoir fait l'objet ou non d'une autorisation par l'ARS au titre de l'ETP. L'autorisation est conditionnée au respect des critères de qualité définis par la HAS. Le premier critère correspond à une « prise en charge centrée sur le patient dans la recherche de son propre intérêt ». D'autres critères de qualité se basent sur la formation des équipes, la multidisciplinarité dans l'équipe (58).

Intégrer un pair-aidant dans un programme de psychoéducation favorise l'horizontalité des rapports. Son expérience de la maladie et du rétablissement lui permet d'adopter une posture de médiateur. Le pair-aidant peut intervenir dans l'élaboration du programme comme dans son animation. Le cadre d'exercice est le même pour un pair-aidant que pour un autre professionnel. Cependant, le dévoilement de sa propre expérience invite les participants du groupe à échanger autour de leur maladie et améliore l'alliance thérapeutique (3).

### 1.2.3) Le Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale (CRR)

L'offre de soins en réhabilitation psychosociale est organisée au niveau local, régional et national. Au niveau local, les centres de proximité réalisent des évaluations et des soins de réhabilitation psychosociale. Au niveau régional, les centres supports/référents prennent en charge les cas complexes et ont la responsabilité des centres de proximité. Ces centres supports/référents permettent la mobilisation des techniques et acteurs du terrain. Tous les centres respectent le cahier des charges national défini par l'instruction DGOS du 16 janvier 2019 sur les soins de réhabilitation psychosociale (51). L'action des centres supports est coordonnée par le Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale (CRR) (27).

- Présentation du CRR :

Créé en 2015, le CRR est une structure nationale non-soignante destinée à promouvoir les principes et les outils de la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive. Il coordonne les actions des centres supports/référents et des centres associés. La promotion des pratiques repose sur des actions de communication, des actions scientifiques (en particulier l'exploitation des données de la cohorte REHABase) et des actions pédagogiques. Le CRR est installé au sein du Centre Hospitalier (CH) le Vinatier en périphérie lyonnaise, à Bron.

La communication du CRR s'appuie sur un site internet sur une présence quotidienne au cœur des réseaux sociaux et sur une chaîne YouTube comprenant plusieurs centaines de vidéo. Le CRR dispose d'une bibliothèque qui accueille toutes les personnes intéressées par la santé mentale. Elle répertorie des ressources variées sur différents thèmes : remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, rétablissement et pair-aidance. Parmi les 1063 livres répertoriés en 2022, figurent des témoignages de personnes concernées aussi bien que des ouvrages médicaux (59,60).

Le site internet du CRR, a enregistré plus de 545 000 visites durant l'année 2022 (60,61). Un second site internet, en lien étroit avec celui du CRR, celui de l'Association Francophone de Remédiation cognitive (AFRC), recense l'actualité concernant la remédiation cognitive (62). Le

CRR est également présent sur les réseaux sociaux : LinkedIn, Facebook et Twitter. Ils regroupent respectivement 8 000, 4 700 et 1 670 abonnés. Une newsletter mensuelle est également envoyée à 2 200 destinataires. Le CRR réalise et diffuse également des vidéos sur le rétablissement, la réhabilitation psychosociale et la pair-aidance sur sa chaîne Youtube dédiée. La structure organise des manifestations scientifiques avec certains partenaires, participe à la vulgarisation scientifique et lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques. Pour ce faire, le CRR coordonne le dispositif Zone d'Expression contre la Stigmatisation (ZEST). Les actions portées par ZEST (bibliothèques vivantes, accompagnement au témoignage etc.) permettent de favoriser l'intégration des personnes concernées.

La cohorte REHABase permet une recherche prospective reposant sur une collecte de données concernant les usagers volontaires de 32 centres de réhabilitation psychosociale. L'objet de cette cohorte est d'étudier les effets de cette pratique sur tous les types de trouble psychique. Les objectifs finaux sont d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes suivies.

Concernant la formation des professionnels, le CRR porte avec 4 Diplômes Universitaires (DU) de l'université Lyon 1, consacrés à la remédiation cognitive, à la psychoéducation, au case management et à la pair-aidance (60).

### 1.3) Pair-aidance en santé mentale, une « nouvelle » pratique

La pair-aidance repose sur l'apport de personnes ayant vécu l'épreuve de la maladie psychique, du trouble neurodéveloppemental et/ou des troubles de l'usage et l'expérience du rétablissement en santé mentale. Ces personnes ont accès à différentes formations pour accompagner celles qui souffrent de pathologies psychiques. La pair-aidance s'appuie sur leurs savoirs expérientiels. C'est une entraide professionnalisée. Il est important de connaître l'historique et les origines de la pair-aidance avant de définir les concepts fondateurs de cette pratique : le rétablissement, le pouvoir d'agir, les savoirs expérientiels et l'entraide entre pairs.

### 1.3.1) Historique et origines de la pair-aidance

L'histoire de la psychologie et la façon d'aborder cette science a évolué et influencé la psychiatrie de jadis et d'aujourd'hui. Le livre Histoires insolites de la psychiatrie retrace l'histoire de cette spécialité à travers les époques jusqu'à aujourd'hui (63).

Le terme « psychiatrie » est apparu récemment contrairement à d'autres spécialités médicales. Ce terme apparaît pour la première fois au début du XIXème grâce au Dr Reil, un médecin allemand. Pourtant, même si la psychiatrie est une discipline récente, les soins en santé mentale existent depuis longtemps.

#### 1.3.1.1) Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel, les 1ères pierres de la pair-aidance

Les travaux de Philippe Pinel s'inspirent des ouvrages de William Cullen, un médecin écossais. P. Pinel a traduit un de ses ouvrages Institution de médecin pratique, écrit en 1785 et qui décrit la médecine expérimentale et la nosologie qu'il a créée. Les travaux de William Cullen a permis de nombreuses avancées dans le domaine de la médecine, dont la psychiatrie. Concernant le traitement des maladies psychiques, Cullen les décrit comme un déséquilibre du système nerveux et propose des traitements pharmacologiques, alimentaires et psychologiques (64,65).

En 1793, P. Pinel, médecin, prend ses fonctions au sein de l'hôpital Bicêtre (66). A cette époque, les aliénés étaient vus comme des criminels. Les aliénés étaient attachés et punis de plusieurs façons par le personnel. A cette époque, les asiles étaient des prisons. Pinel a d'abord décrit la population et les pratiques utilisées dans l'hôpital. Il y décrit des pratiques inhumaines où la violence est souvent utilisée. Cependant, c'est ici qu'il rencontre Jean-Baptiste Pussin, intendant à Bicêtre. P. Pinel le décrit comme un intendant remarquable avec beaucoup de tact et d'importantes connaissances. P. Pinel sollicite J.B Pussin pour ses conseils et sa mise en place des pratiques novatrices : l'embauche des anciens patients, le remplacement des chaînes par des camisoles. J.B Pussin n'avait aucune formation médicale. Son lien avec l'hôpital Bicêtre

était d'y avoir été interné. Il a pu trouver un emploi à l'hôpital général et a gravi les échelons jusqu'à obtenir le poste d'intendant pour les malades mentaux incurables. Pinel a demandé à J.B Pussin de décrire les moyens favorables au rétablissement. Le travail était pour J.B Pussin un moyen efficace pour le rétablissement. Le travail était un moyen de cultiver la confiance et permettait au groupe de suivre des règles. La mise à contribution d'anciens patients permettait de limiter la maltraitance des anciens malades. Ceci permettait également d'intégrer les aliénés comme des humains et des concitoyens. Le fait d'avoir vécu cette situation dans le passé limitait les préjugés sociaux. Ces derniers sont vus comme des personnes en souffrance, des malades et plus comme des criminels. Pour les soigner contre sa propre folie, il faut faire appel à la raison morale et la logique du malade. L'utilisation de la camisole permettait au malade de pouvoir se déplacer tout en gardant une certaine sécurité pour les autres personnes présentes. Cette solution était préférable aux chaînes qui immobilisaient le malade (63,67).

C'est J.B Pussin qui est à l'origine du détachement des aliénés. P. Pinel a permis la formalisation du traitement moral des aliénés. Il reste une figure marquante du traitement moral des aliénés. Le tableau de Charles Louis Müller représente P. Pinel qui ordonne à une personne de détacher un vieillard enchaîné (cf annexe 1). Cette œuvre représente P. Pinel et illustre sa place dans le changement de pratiques. J.B Pussin, est également représenté sur cette œuvre. Cette collaboration entre médecin et patient a permis la première fois la reconnaissance des savoirs expérientiels et les prémices du partenariat patient (42,50).

#### 1.3.1.2) Mouvements d'anciens consommateurs d'alcool

Au XIXème siècle, les premiers fondements du concept du rétablissement sont apparus dans la création des « Recovery Circles », des petits groupes d'anciens buveurs d'alcool qui se réunissaient pour se soutenir dans leur démarche d'abstinence. Les participants se considéraient en rétablissement tant qu'ils étaient dans une démarche active d'abstinence et de retrouver un sens positif à leur sens. Le rétablissement est ici personnel. Dans les années 1920, certains de ses anciens buveurs ont été embauchés dans des services d'addictologie (68,69).

En 1935 aux Etats-Unis, le mouvement sera diffusé plus largement avec la création des Alcooliques Anonymes (AA) à la suite de la rencontre de deux personnes concernées. Plusieurs groupes se sont rapidement créés et la publication d'un manuel de base a permis la formalisation du processus et sa diffusion rapide. Le manuel permet de décrire 12 étapes dans le rétablissement, 12 traditions dans le mouvement. Parmi ces traditions, le respect de l'anonymat est une valeur importante. 12 concepts régissent et unifient les services mondiaux. Ces textes permettent de structurer le mouvement. A ce jour, le mouvement des AA est présent dans 180 pays dans le monde (70).

Ce mouvement montre l'importance de l'entraide entre pairs et représente les prémices du concept de rétablissement.

### 1.3.1.3) Evènements notables à la suite de la 2<sup>ème</sup> Guerre Mondiale

Le système asilaire a montré ses limites pendant la 2<sup>ème</sup> Guerre Mondiale notamment. Durant cette période, quarante mille personnes sont mortes de faim dans les asiles à cause de l'isolement des structures, la mauvaise vision des malades et la situation géopolitique de l'époque entre autres (71). La deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle a vu naître de nombreux changements, dont la création de la « Fountain House », dispositif précurseur du modèle du Clubhouse ainsi que la commercialisation du premier neuroleptique.

- Modèle du Clubhouse :

En 1948 à New York, la « Fountain House », une structure de soutien non médicalisée, est créée grâce à des donations. Un groupe de personnes concernées par les troubles psychiques est à l'origine de ce dispositif. En effet, ils souhaitaient se réunir pour rompre l'isolement social et se réinsérer professionnellement. Depuis, ce modèle s'est largement diffusé sous le modèle du Clubhouse International. Dans le monde, il existe 375 clubhouses dans 30 pays différents, dont la France (72). Ce modèle vise le rétablissement et la réinsertion professionnelle des personnes concernées. L'adhésion au dispositif est volontaire et ouverte à toutes les

personnes concernées par les troubles psychiques. Les membres adhérents ont accès aux services offerts et choisissent la manière dont ils veulent en faire usage. Les activités proposées passent par une implication active des membres. Ils peuvent s'impliquer dans la gestion administrative et financière, l'accueil des visiteurs, la confection des repas. Les activités sont facilitées par des salariés issus de domaines différents. Plusieurs études montrent les bénéfices du modèle pour les personnes accompagnées en termes de diminution des hospitalisations et une meilleure inclusion sociale. Cependant, il est nécessaire de concevoir d'autres études notamment sur les effets de ce dispositif sur le rétablissement (27,73,74).

A ce jour, en France, il existe aujourd'hui 5 dispositifs Clubhouse à Paris, Lyon, Bordeaux, Nantes et Lille. Le financement de chaque dispositif dépend de fonds privés et publics. En 2011, le premier Clubhouse a été créé à Paris (75).

- Autres évènements notables :

En 1952, le premier DSM a été publié par l'American Psychiatric Association à des fins de recherche (76).

Cette même année représente également la commercialisation de la première molécule neuroleptique, la chlorpromazine ou Largactil<sup>®</sup>. Cette découverte a permis d'envisager une diminution des symptômes des durées plus courtes d'hospitalisation. Les patients sont maintenant pris en charge par leurs proches et leur famille et pas seulement par l'hôpital. Dans cette nouvelle dynamique, en 1963, l'Union Nationale des Familles et d'Amis de personnes Malades (UNAFAM) est créée. L'association permet de développer un service d'entraide et de soutien aux proches qui entourent une personne vivant un trouble psychique (27).

Cependant, cette vision comporte des limites qui ont été mises en évidence par le mouvement des usagers et les différentes figures le représentant.

#### 1.3.1.4) Changement de paradigme dans les années 1970 à 1990

En 1978, aux Etats-Unis, la publication d'un ouvrage permet à d'anciens usagers du système psychiatrique de se constituer en tant que mouvement politique nommé le front de libération des malades mentaux. Les membres de ce mouvement ne se considèrent pas comme des usagers du système mais comme des survivants de celui-ci. Ils revendiquent une politique d'inclusion sociale et dénoncent les discriminations et les abus de droits fondamentaux, dont sont victimes les personnes concernées (77). Les mouvements d'anciens usagers s'inscrivent dans la période où la notion d'antipsychiatrie est créée et soulèvent beaucoup de questions sur la prise en charge en psychiatrie et les changements du système (27).

Dans les années 1990 aux Etats-Unis, le terme « recovery » ou rétablissement est repris notamment par différents professionnels et personnes concernées. Un docteur en psychologie et personnellement concernée par les troubles psychiques témoigne sur son propre vécu. Ses publications scientifiques permettent de faire connaître le concept et facilitent les témoignages d'autres personnes concernées. Ceci permet de faire connaître le rétablissement et les approches centrées sur le rétablissement et la réhabilitation psychosociale (69,78,79).

Ces mouvements se sont développés Outre-Atlantique et ont pris peu d'ampleur en France. En France, le respect des droits des personnes concernées a été affirmé notamment avec les associations de lutte contre le virus du VIH. Ce n'est qu'en 1992 que la Fédération Nationale des Associations en Psychiatrie (FNAPSY), qui regroupe plusieurs associations dans le milieu, a été créée en France (27).

### 1.3.1.5) Mise en œuvre de la pair-aidance en France

- Programme « médiateurs de santé pair » :

#### Réflexions préliminaires :

La réflexion autour d'une expérimentation de la pair-aidance en santé mentale a été impulsée en 2006 par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) à Lille. Cette pratique est décrite depuis les années 80 aux Etats-Unis et plusieurs publications montrent les bénéfices et les limites de certaines expérimentations. Par exemple, en 1986 et 1988, le programme Denver a montré la nécessité de former les équipes au rétablissement. En 1991, le programme Wins a montré l'importance d'un statut et d'un salaire en conséquence pour les pair-aidants. En 2001, le programme de Yale montre la pertinence des pair-aidants dans le traitement précoce et/ou l'accompagnement des personnes avec une mauvaise alliance thérapeutique (69).

L'intérêt était de réfléchir autour de la pair-aidance en vue de l'expérimenter dans le système de santé français. Cette réflexion s'est étendue de 2006 jusqu'en 2010 et s'est déroulée en plusieurs étapes. La première s'est basée sur plusieurs journées recherche sur la « résilience en santé mentale ». Dans ce cadre, une visite au Québec a été organisée avec des membres du CCOMS et des usagers. Le but était de découvrir les programmes existants de pair-aidance mis en œuvre à l'étranger. En 2008, une première formation « embauche et intégration de pair-aidants dans les services de santé mentale » est organisée. Elle est animée par les acteurs du programme québécois. Cette formation permet de sensibiliser 15 professionnels et 10 usagers. Un colloque a été consacré à la pair-aidance en décembre 2008. Pour donner suite, le CCOMS et la FNAPSY ont mis en place des moyens pour résoudre certains questionnements : un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué, une revue de la littérature, des auditions d'associations françaises, et des visites à l'étranger ont été effectuées. Les buts étaient à l'époque de recueillir des résultats et des témoignages en matière d'intégration de pair-aidants et d'implication des usagers. En tout, 18 journées de recherche à travers une dizaine de pays ont été effectuées. Tout ceci a abouti à la création et à la mise en place par le CCOMS du programme de Médiateur Santé Pair (MSP) (3,80).

### Mise en œuvre du programme MSP :

Ce terme a été choisi à la suite des réflexions du groupe de travail pluridisciplinaire. Les MSP sont des usagers ou des ex-usagers des services de santé mentale et sont intégrés à des équipes. Leur travail s'articule autour de quatre thématiques : l'accès aux soins, l'accompagnement, le soutien relationnel et l'information sur les thérapeutiques. Le programme permet d'intégrer des MSP dans différents services, tout en ayant accès à une formation en cours d'emploi. L'expérimentation s'est déroulée dans 3 régions et concerne 5 services hospitaliers dans chaque. Les ARS ont financé 5 postes dans leur localité respective. Le CNSA a accepté de financer le dispositif de formation. En concertation avec les ARS et les directions des ressources humaines de chaque établissement, il a été convenu d'employer les MSP en contrat à durée déterminée et la rémunération a été fixée. En 2011, les structures volontaires pour accueillir un MSP ont été choisies puis, les professionnels ont été recrutés. En janvier 2012, 29 MSP ont commencé leur formation universitaire. Celle-ci se présentait sous la forme d'un DU. Il est important de noter que l'expérimentation a fait l'objet d'une recherche qualitative et de deux recherches quantitatives (3,80).

### Etude et résultats de l'expérimentation :

L'expérimentation du programme s'est déroulée de 2012 à 2014. L'évaluation quantitative avait pour but de comprendre les effets des interventions des MSP sur le processus de rétablissement des usagers des services, sur leur propre processus de rétablissement, sur les équipes et sur la dynamisation du système de psychiatrie publique. Cette étude montre la pluralité des dimensions de cette expérience de travail sur leur propre processus de rétablissement. Cette expérience a pu être positive pour certains participants et négative pour d'autres. Les effets observés au niveau des équipes sont représentés dans différents niveaux : l'organisation des services mais également des pratiques professionnelles (81).

La première recherche quantitative avait pour but d'étudier l'impact des MSP sur la quantité de soins reçue par les personnes soignées. La deuxième étudiait l'évolution de la stigmatisation internalisée chez les personnes bénéficiant d'un accompagnement par un MSP. Au vu des difficultés rencontrées, la recherche n'a pu aboutir à des résultats significatifs. Elle a permis de mettre en évidence le sous-emploi de certains médiateurs et d'y remédier.

Dans leur globalité, les résultats montrent que les « MSP n'ont pas pris la place des autres professionnels ». Le retour à l'emploi est positif et le taux d'arrêt maladie était identique aux autres professionnels (3,80).

- Programme « Un chez soi d'abord » :

En parallèle, en 2011, l'expérimentation du programme « Un chez soi d'abord » est menée. Il s'inspire de l'approche « Housing First » qui a émergé aux Etats-Unis et popularisé par l'organisme « Pathways to Housing » dans les années 1990. Il propose aux personnes sans domicile et concernées par les troubles psychiques un « accès direct à un logement ordinaire et durable moyennant un accompagnement intensif ». L'accès au logement n'est pas conditionné au traitement de la maladie psychique. Le logement est considéré comme un droit fondamental par les créateurs du programme. Ils considèrent que le rétablissement ne peut se faire sans sécurité résidentielle. Les bénéficiaires sont accompagnés par différents professionnels du milieu social et sanitaire. Des MSP sont intégrés à ce programme pour favoriser l'accès et le maintien dans un logement. L'expérimentation s'est déroulée dans 4 villes en France : Lille, Marseille, Paris et Toulouse. Une recherche sous la forme d'un essai randomisé est couplée au programme. Elle vise à comparer l'effet du programme à ceux de l'offre habituelle. 353 personnes ont été intégrées dans le programme « Un chez soi d'abord ». Un groupe témoin de 350 personnes a été constitué. Parmi les personnes concernées intégrées dans ce programme, 70 % souffrent d'une schizophrénie et 30 % d'une bipolarité. En moyenne, ils ont passé 8 ans sans domicile fixe, dont 4,5 ans sans domicile. Les personnes intégrées dans le programme ont été suivies 24 mois. 85 % d'entre elles sont toujours en logement au terme des deux ans d'expérimentation. En comparaison au groupe témoin, les personnes suivies ont une amélioration de la qualité de vie et de leur rétablissement avec une réduction des recours inadaptés au système de soins. Le programme génère des économies de 6 000 euros par personne et par an. Au vu des résultats, il a été décidé de pérenniser le programme via le décret n°2016-1940 et de le déployer dans les principales métropoles françaises (3,82–84).

### 1.3.2) Rétablissement

Le rétablissement est la traduction du terme « recovery » largement utilisé par les Anglo-Saxons. Il peut être défini comme un « processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie » (85). Le rétablissement est donc un processus de transformation pour vivre une vie satisfaisante en dépit des limites causées par la maladie psychique. Il passe par l'acceptation de soi et de ses compétences (3). Ce qui est important de souligner dans cette notion, c'est la construction, la déconstruction et la réinvention. Se rétablir ne signifie pas retourner à l'état antérieur à l'apparition de la maladie. C'est la déconstruction de la personne que l'on était avant, la réinvention de qui on est aujourd'hui, la construction de la personne que l'on souhaite devenir. Le rétablissement ne peut se construire sans la découverte d'un nouveau sens et d'un nouvel objectif de vie.

- Dimensions du rétablissement :

Le rétablissement comprend 4 dimensions qui interagissent ensemble (figure 3). Celles-ci sont le rétablissement personnel, le rétablissement fonctionnel, le rétablissement clinique, le rétablissement social. La dimension personnelle, au centre, correspond à la perception de la personne concernée sur son propre rétablissement. Cette dimension est subjective, propre à chaque personne mais cruciale dans la prise en charge. Cependant, nous devons prendre en compte les autres dimensions qui peuvent influencer positivement ou négativement le vécu personnel. La dimension clinique est définie en fonction des symptômes de la maladie (fréquence, intensité et impact sur le quotidien). Il est établi en fonction de la rémission clinique. La dimension fonctionnelle est définie en fonction des capacités des personnes. Ces



**Figure 3 : Dimensions du rétablissement (adapté de van der Stel, 2012 par L. Antoine)**

capacités comprennent la cognition, les interactions sociales conservées de la personne. Elles peuvent s'améliorer grâce aux outils de la réhabilitation psychosociale. Le rétablissement social est défini en fonction de la situation sociale de la personne malgré sa maladie. Cette dimension prend en compte l'accès au logement, l'emploi. Entre autres, cette figure exprime que quelle que soit l'intensité des symptômes, quelles que soient les capacités et l'environnement social de la personne, le rétablissement personnel est la base de ce processus (54,86). Il est indispensable d'avoir une vision intégrée du rétablissement.

- Etapes du processus :

Cinq étapes sont mises en évidence dans ce processus : moratoire, conscience, préparation, reconstruction, croissance.

La phase moratoire correspond à une phase où la personne concernée vit la confusion et l'impuissance face à la maladie. Cette phase est assimilée à une perte d'espoir vis-à-vis de l'avenir.

La phase de conscience est marquée par la prise de conscience que le diagnostic n'est pas une fatalité. La personne prend conscience qu'elle n'est pas réduite à son diagnostic.

La phase de préparation correspond au moment où la personne établit et construit un projet. Elle met en place des stratégies en fonction de ses forces et de ses faiblesses. C'est une pensée constructive, facilitée par la connaissance de son fonctionnement, des services d'aide.

La phase de reconstruction est caractérisée par la prise de responsabilités concernant la gestion des symptômes et de son fonctionnement. C'est aussi un moment de reprise de contrôle sur sa propre vie.

La phase de croissance est décrite comme un stade de la résilience, c'est-à-dire que la personne aura les capacités pour faire face à des nouvelles épreuves. La personne peut encore de souffrir de symptômes mais, ils n'ont plus d'impact sur son quotidien. La personne apprend, comprend et met en place des stratégies de gestion de la maladie et de son quotidien en fonction de ses capacités (87).

En pratique, le rétablissement se définit par 10 principes directeurs selon la SAMHSA et des personnes concernées. Ces principes facilitent le rétablissement. Ces principes comprennent entre autres :

- Déclenchement de ce processus par l'espoir,
- Processus personnel,
- Processus unique,
- Prise en compte de toutes les dimensions de la vie de la personne,
- Soutien par les pairs,
- Inclusion et participation à la vie communautaire et citoyenne,
- Prise en compte des racines culturelles dans les soins proposés,
- Prise de conscience de ses traumatismes,
- Prise de ses responsabilités propres (prise de parole concernant nos besoins),
- Se base sur le respect des personnes concernées par la société (88).

Entre autres, le rétablissement ne peut se créer et se construire sans la reprise du pouvoir d'agir et le soutien/entraide entre pairs.

Dans le rétablissement, des spécificités peuvent exister notamment dans le cadre des TND. Ces conditions neurodéveloppementales ne sont pas considérées comme des maladies. Néanmoins, on retrouve cette notion du rétablissement dans le champ des TSA par exemple. Celui-ci passe par la compréhension et l'acceptation du diagnostic, de son propre fonctionnement et les stratégies possibles pour adapter son quotidien (3).

### 1.3.3) Autres concepts clés

- Reprise du pouvoir d'agir :

Cette notion est la traduction du terme « empowerment » utilisé par les anglo-saxons. En 1981, ce terme est introduit pour encourager les personnes concernées à s'appuyer sur leurs forces et leurs expériences pour construire de nouvelles compétences avec pour objectif de reprendre le contrôle sur leur vie (89). En 2006, l'OMS définit cette reprise du pouvoir d'agir des personnes concernées et des aidants comme une priorité de santé.

Elle passe par l'information sur sa maladie et ses traitements. Ceci est renforcé par la psychoéducation mais d'autres dispositifs existent. Par exemple, en 2005, un projet de recherche européen, le projet EMILIA, propose des formations aux personnes concernées et leur permet d'être co-chercheurs dans une recherche participative. Les formations proposées permettent d'intervenir comme experts du système psychiatrique et abordent les notions de rétablissement et de pouvoir d'agir. En parallèle, de bénéficier d'un accompagnement vers l'emploi dans un domaine autre. Les bénéficiaires témoignent d'effets positifs en termes d'insertion professionnelle, de rétablissement et de reprise de pouvoir d'agir grâce à leur posture participative en tant que co-chercheur (90,91).

De plus, en 2009, le modèle du « Recovery College » est créé. En France, en 2017, le Centre de Formation au Rétablissement (CoFoR) s'inspire de ce modèle. Il propose une approche éducative pour permettre l'apprentissage de connaissances sur le rétablissement et développer une meilleure compréhension des différentes manières de vivre avec un trouble psychique. L'approche est participative, les sessions de formations sont animées et/ou facilitées par des personnes concernées (92).

- Savoirs expérientiels :

Cette notion émane de la philosophie de David Hume, un philosophe anglais et probablement souffrant d'un trouble bipolaire non traité par les médecins de son époque. Ne trouvant pas l'aide escomptée chez les professionnels, Hume s'est rendu en France pour mener sa quête philosophique, stratégie pour maintenir son propre rétablissement. En travaillant sur les travaux de Descartes, Hume affine sa démarche empirique et publie le Traité sur la nature humaine sa réflexion : tout part et provient d'expériences particulières (93). En cela, Hume prône le vécu expérientiel comme une source de connaissance et démontre que c'est un élément constitutif de chaque représentation humaine. L'application de cette philosophie en médecine est soutenue par le Dr William Cullen. Le médecin reprend les inspirations de Hume et base son travail sur l'approche newtonienne des phénomènes. Il explique que l'art de connaître, distinguer et prévenir les maladies ne peut s'acquérir que par une « observation exacte et complète de leurs phénomènes dans l'ordre de leur coexistence et de leur succession » (27,64).

Dans son ensemble, l'expérience dans le domaine de la maladie n'est pas vécue par tous les acteurs sociaux. Dans ce cas, il n'y a pas de réciprocité et les personnes avec cette expérience peuvent être mises à l'écart. Ceci peut être expliqué par deux raisons : la personne sémantise son expérience différemment ou l'expérience est trop rare pour être vécue par le plus grand nombre. En effet, nous partageons le même environnement mais, nous n'en faisons pas la même expérience. Par exemple, les personnes à mobilité réduite reconnaissent les trottoirs carrossables. Contrairement à d'autres personnes, qui n'ayant pas besoin de fauteuil pour se déplacer, en font abstraction. Les savoirs expérientiels sont liés à l'intentionnalité de l'acteur, c'est-à-dire qu'en fonction de la situation, l'acteur sélectionne les informations pertinentes pour s'adapter à son environnement. Quand une expérience est rare, la présence des pairs permet une construction de ces savoirs expérientiels rares. En effet, parmi toutes les personnes utilisant un fauteuil, il est retrouvé l'expérience de connaître les trottoirs carrossables. Cela veut donc dire que cette expérience ne dépend pas de la subjectivité des individus car, c'est une expérience partagée. Le partage entre pairs permet une construction de ces savoirs rares. Ils sont valables pour tous les pairs. Ils ne sont pas valables pour tous les esprits mais sont éloignés des spécificités individuelles. Les savoirs expérientiels rares ne sont ni objectifs, ni subjectifs mais « pairjectifs » (94). Le partage entre pairs qui passe par l'entraide peut aider à les construire.

- Entraide entre pairs :

Cette entraide peut prendre plusieurs formes. La figure 4 permet de représenter les différentes formes possibles (95). La figure a été présentée lors d'un enseignement dispensé pour le DU pair-aidance à Lyon en 2019 (96).

1. Forme informelle	Entraide mutuelle	Association d'utilisateur, GEM...	Bénévolat
2. Forme modérée	Patient - ressource	Information, intervention, représentation...	Bénévolat avec indemnisation possible
3. Forme formelle indépendante	Intervenant extérieur	Plateforme, organisme, association...	Salariat indépendant possible
4. Forme formelle intégrée	Pair-aidant intégré à une équipe pluridisciplinaire	Sanitaire, médico-social, recherche...	Salariat institutionnel

\*Peer Support Resource Manual, Ministry of Health Services, British Columbia, Canada, 2001

**Figure 4 : Formes d'entraide (adapté de British Columbia Ministry of Health Services par Dr P. Le Cardinal et P. Maugiron)**

Nous avons montré précédemment plusieurs cas d'entraide informelle comme les GEM (cf partie 1.1.3.3). Celle-ci peut également se structurer autour d'association d'utilisateurs ou d'autres dispositifs comme les mouvements des AA, le Clubhouse (cf partie 1.3.1.3 et 1.3.1.4). L'entraide est mutuelle se structure autour de groupes d'auto-support

La forme modérée est définie par l'intervention d'un patient-ressource, formé. Il intervient dans le cadre d'un groupe ou peut représenter des usagers. Son intervention reste bénévole mais il peut être indemnisé. La formation donnée est un premier niveau vers la professionnalisation et donc la pair-aidance.

Les deux formes décrites ci-dessous sont formelles et décrivent les différentes formes possibles de pair-aidance. Nous considérons la pair-aidance comme une entraide professionnalisée, c'est-à-dire que les leviers vers le rétablissement deviennent des outils pouvant être formalisés dans une relation d'aide. L'entraide professionnalisée est aussi marquée par le fait que l'activité est rémunérée (3). Certains éléments du cadre et les missions données au pair-aidant dans leur pratique sont décrites dans la partie 1.3.5).

La forme formelle indépendante permet l'intervention d'un pair-aidant extérieur. Celui-ci est formé et fait partie d'une organisation extérieure à la structure pour laquelle il intervient. Par

exemple, ce système peut faire référence à des associations comme Espairs Rhône et Esper pro. Celles-ci recrutent des pair-aidants professionnels pour proposer des interventions de pairs dans plusieurs services de soins dans leur région respective. Les services en question sont des structures hospitalières publiques ou privées et des établissements médico-sociaux. Espairs Rhône intervient dans le département du Rhône et ESPER pro intervient dans la région Provence Alpes et Côte d'Azur (PACA). Ce sont des plateformes territoriales mais également des lieux d'accueils pour les personnes concernées et leur entourage (97,98). Sinon, le pair-aidant peut être sous un statut d'indépendant.

La forme formelle intégrée permet l'intégration d'un pair-aidant à une équipe pluridisciplinaire. Dans le cadre d'un exercice intégré, le pair-aidant fait partie du personnel, il est un membre à part entière d'une équipe (99).

#### 1.3.4) Différentes terminologies concernant la participation des personnes concernées

Il existe différentes terminologies concernant la participation des patients dans le système de santé. Le modèle Montréal décrit le partenariat patient comme une « relation de collaboration égalitaire » entre les patients, leurs proches, les professionnels et les gestionnaires de services de santé. Ce modèle s'applique à l'expertise du patient, quelle que soit sa pathologie. Cette collaboration repose sur la complémentarité des savoirs entre tous les acteurs et permet l'autodétermination du patient et l'atteinte de résultats. Le partenariat s'exerce dès que s'installe entre le patient et un intervenant une reconnaissance mutuelle avec pour objectif l'autonomisation. Le patient devient un patient-partenaire. Dans ce cadre, il peut intervenir à plusieurs niveaux : l'accompagnement, la recherche, l'enseignement, la réflexion stratégique de politique de santé. Il existe différents profils du patient-partenaire : coach, ressource, formateur, co-chercheur. Le profil coach est « porteur du changement » en santé et dans les services sociaux (100,101). Cette notion se rapproche des missions du pair-aidant en santé mentale.

En France, à ce jour, dans le domaine des maladies somatiques, la notion de « patient intervenant » ou de « patient expert » est fréquemment utilisée plutôt que le terme pair-

aidant. Même si le socle historique reste commun, le rôle du patient intervenant reste souvent bénévole. Les formations consistent à l'obtention des 40 h d'ETP (102).

### 1.3.5) Cadre de la pratique de la pair-aidance en santé mentale et missions

Avant toute chose, il est important de définir le cadre d'exercice et les missions éventuelles dans la pratique de la pair-aidance en santé mentale. Ceci nous permettra de comprendre les enjeux liés à la pair-aidance, c'est-à-dire les bénéfices et les limites rencontrés à l'intégration et au renforcement de la pair-aidance en santé mentale dans le système de santé français.

- Cadre d'exercice et missions éventuelles :

Comme nous l'avons décrit, l'exercice de la pair-aidance ou l'entraide entre pairs peuvent être effectuées sous différents statuts, dont le bénévolat, le salariat ou en indépendant. Quel que soit ce mode d'exercice, le pair-aidant dévoile son vécu et son expérience du rétablissement. Ce partage a pour but de redonner de l'espoir et d'offrir un soutien et des informations auprès de personnes qui vivent des situations similaires (99).

Ce partage est intégré dans le cadre de diverses missions du pair-aidant. Par exemple, certains réalisent des entretiens individuels, des groupes, l'enseignement, montage de projets et la recherche. Ces missions peuvent être exercées en seul ou en binôme avec un autre professionnel (psychiatre, psychologue etc.). Ces professionnels apportent un soutien en termes de reprise d'emploi, d'aide aux démarches administratives. L'intérêt de cette pratique est de favoriser l'espoir chez les personnes accompagnées. Les pair-aidants peuvent être des modèles d'identification. Ils permettent également d'effectuer une médiation entre les différents acteurs, sensibiliser aux pratiques orientées rétablissement, aider à l'élaboration de DAP et d'accompagner la personne dans la vie quotidienne et sociale. Les missions sont adaptées à l'organisation et aux besoins des différentes structures où il peut exercer. Ce professionnel peut exercer dans le secteur sanitaire et médico-social (3,80,103). Le secteur associatif peut également proposer de la pair-aidance. Ces professionnels peuvent exercer en tant qu'indépendant.

Les activités et les missions sont plurielles. Nous proposons certains éléments de cadrage concernant l'exercice et les missions possibles selon le secteur d'activité.

#### Secteur sanitaire :

Un accompagnement par un pair-aidant peut être proposé dans des structures de psychiatrie ambulatoire, des services intra hospitaliers, des hôpitaux de jour, des équipes mobiles (3).

Nous pouvons citer l'exemple du CH le Vinatier avec un de ses secteurs de psychiatrie générale. Le pôle embauche 14 pair-aidants dans les différents services. La majorité d'entre eux sont employés directement par l'établissement. D'autres sont déployés dans des services spécifiques grâce à l'association Espairs Rhône qui sera détaillée dans le point suivant. Les pair-aidants selon leur affectation ont des missions différentes, spécifiques et complémentaires. Certains sont intégrés dans des services de soins, d'autres ont des missions de coordination et/ou de formation. Les pair-aidants sont considérés comme les autres professionnels, ils participent aux réunions cliniques et ont accès aux dossiers patients. Les entretiens des pair-aidants sont enregistrés et tracés. Un collectif a été constitué au sein du pôle pour réunir les pair-aidants autour de projets communs et d'intervision. L'intervision permet aux professionnels d'échanger sur leur pratique. Concernant les projets communs, ils travaillent autour de la promotion d'outils du rétablissement. Celui-ci est coordonné par 2 pair-aidants en poste dans l'établissement (104).

#### Secteur médico-social :

Ce secteur est complémentaire au secteur sanitaire. L'accompagnement s'articule autour du projet individuel de la personne. Il existe différentes structures comme les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou des foyers de vie. Par exemple, le pair-aidant dans un SAMSAH peut réaliser des accompagnements, individuels et des activités collectives avec les personnes suivies. Les temps de travail en équipe sont également importants pour échange autour de situations (3).

Il existe d'autres dispositifs dans ce secteur comme le programme « Un chez soi d'abord » décrit précédemment (cf partie 1.3.1.5).

### Secteur associatif :

L'entraide dans le secteur associatif est fréquente. Elle est souvent informelle entre des personnes concernées. Il existe des associations qui emploient des pair-aidants professionnels comme Espairs Rhône et Esper pro (cf partie 1.3.3). D'autres structures existent déjà comme des lieux non médicalisés qui accueillent les jeunes adultes vivant avec un trouble psychique. En France, il existe une structure de ce type, dont le concept repose sur la pair-aidance (105).

### Indépendant :

Le statut d'indépendant permet aux professionnels de faire des formations. Il n'existe pas de données dans la littérature pour évaluer le nombre de pair-aidants qui ont un statut de micro-entreprise.

- Bénéfices et limites de la pair-aidance :

Plusieurs revues de la littérature abordent les bénéfices de la pratique. Les apports du pair-aidant permettent de réduire les taux de (ré)hospitalisations, renforcer l'espoir, améliorer la qualité de vie et le niveau de rétablissement des personnes concernées. Concernant les hospitalisations, si elles ont lieu, les durées de séjour sont plus courtes en moyenne. Selon la puissance de l'étude, il n'est pas toujours possible d'obtenir des résultats significatifs. Les études qualitatives montrent une diminution de l'isolement social, un meilleur engagement dans les activités et les relations sociales. Certaines études montrent les effets sur les pair-aidants eux-mêmes : sentiment d'utilité, amélioration de l'estime de soi. Certaines limites sont montrées comme le manque de formation et leur faible rémunération ainsi que le risque de discrimination et la charge de travail inadaptée (106–108). Des facteurs facilitant leur mise en place sont clairement identifiés comme une sensibilisation des équipes au rétablissement et aux pratiques orientées rétablissement, l'élaboration d'une fiche de poste avec des missions et des objectifs clairs et la professionnalisation du métier. La formation des pair-aidants est un levier majeur car elle permet aux futurs professionnels de mieux cerner leur rôle (3,106,109).

La pair-aidance est avant tout une rencontre guidée par l'expérience du rétablissement en santé mentale. Elle fait le lien entre le savoir théorique des professionnels de santé et l'expérience des personnes concernées. Elle nécessite une posture professionnelle et des outils adaptés. Ces éléments peuvent être facilités par le suivi d'une formation.

### 1.3.6) Accès aux formations disponibles

Cette liste est rédigée en 2023 et regroupe entre autres les formations portées par des structures universitaires françaises. Elles sont destinées exclusivement aux personnes concernées par les troubles psychiques qui souhaitent se professionnaliser. Certaines formations comme le DU à Tours « Pair-aidance croisée : théories et pratiques situées » s'adressent aux professionnels de santé et aux personnes concernées (pair-aidants ou non) (110). Des supports d'auto-formation sont également disponibles, majoritairement en ligne. Ces Massive Open Online Courses (MOOC) sont des cours en ligne, ouverts en tous pendant une période donnée. Nous pouvons citer un MOOC porté par un centre de recherche en santé mentale à Montréal (111,112). Il existe également des formations associatives pour se professionnaliser (113–115). Des expérimentations sont également en cours avec la formation d'intervenants pairs dans l'objectif de renforcer le pouvoir d'agir des personnes en situation de handicap, c'est le projet « Empowerment and participation of Persons with disability » (EPoP), lancé depuis 2021 (116).

Il existe également des DU sur la démocratie sanitaire et ETP qui sont destinées aux personnes concernées par une maladie (psychique ou non) et aux professionnels de santé. Ces formations peuvent être une première étape pour appréhender ses savoirs expérientiels et le partenariat patient (117).

Cette liste n'a pas lieu à être exhaustive. Le métier de pair-aidant se professionnalise depuis peu et n'est pas reconnu au niveau légal et juridique (118). Cette liste n'a pas vocation à hiérarchiser certaines formations par rapport à d'autres du fait de leurs affiliations universitaires.

### 1.3.6.1) Licence « Médiateur de santé pair »

- Paris :

En 2012, la formation MSP était sous la forme d'un DU. L'organisation de la formation est portée par le CCOMS et l'université de Paris 8. Cette université proposait un diplôme en médiation et accompagnement en santé qui a été adapté pour l'occasion. La formation MSP représentait 240 heures de formation théorique en alternance. Les personnes doivent pouvoir justifier d'un niveau bac +2 soit par l'obtention d'un diplôme ou par une validation des acquis personnels et professionnels. L'obtention de ce DU permettait d'obtenir un niveau bac +3 et donc de pouvoir évoluer vers une poursuite d'études. Le programme était composé de 6 modules, dont l'organisation du système sanitaire, social, médico-social, le droit, les échanges autour des expériences françaises et étrangères novatrices en matière de santé mentale (80).

Depuis 2018, la licence sciences sanitaires et sociales mention MSP a été créée par l'université de Paris 13 en partenariat avec le CCOMS. Il a été choisi de proposer une licence plutôt qu'un DU pour inclure les étudiants socialement et favoriser la reconnaissance de leur formation. Ce parcours permet une montée en compétences facilitée et facilite le contexte d'intégration. La formation permet de valider un diplôme de niveau bac +3. Elle permet d'avoir une culture générale du milieu sanitaire et social. La formation est orientée vers le droit et les sciences sociales. L'entrée à la licence est toujours conditionnée à l'embauche par une structure en lien avec l'équipe du CCOMS. L'ARS aide au financement des postes.

Depuis la création de la formation, nous savons que 29 postes de MSP ont été créés en 2012, 32 en 2018, 32 en 2019, 31 en 2021, 25 en 2022. Il est important de noter que le nombre de postes créés ne correspond pas au nombre de diplômés. De plus, certaines structures ne reconduisent pas les contrats. Par exemple, pour l'expérimentation de 2012, 16 médiateurs sont encore en activité 3 ans après le début du programme. 9 personnes ont repris des études à la suite à l'obtention du DU et 4 ont quitté le programme à la suite de rechute dans leur maladie (80,118,119).

Pour l'année universitaire 2024-2025, la durée totale des enseignements est 240 heures réparties sur 8 semaines. Ils seront dispensés entre février 2024 et janvier 2025. Le

programme sera composé de 8 modules, dont la professionnalisation, le rétablissement, la psychiatrie et l'ETP. La formation se déroule essentiellement sur le terrain, les enseignements correspondant à 25 % du temps de formation. Un mémoire de fin d'études sous la forme d'un rapport de stage est demandé. La validation du diplôme dépend du taux de présence et la capacité des étudiants à mobiliser des référentiels théoriques et pratiques (120).

- Bordeaux :

Depuis novembre 2022, une autre licence mention MSP a été créée. Celle-ci est intégrée à une licence d'intervention sociale et l'accompagnement de publics spécifiques. Cette création de formation est permise notamment par l'aide des ARS qui financent une partie des postes de MSP. La formation est développée en partenariat avec l'ARS et le CCOMS. Cette formation reprend le concept initié à l'université Paris 13, elle est en alternance. Les étudiants peuvent bénéficier d'un accompagnement individuel et collectif dispensé par l'équipe pédagogique. Le programme est composé de plusieurs unités d'enseignement, dont les troubles psychiques de l'adulte, les interventions thérapeutiques, la communication sur le rétablissement (121).

#### 1.3.6.2) Diplômes universitaires

Il existe plusieurs DU pour former les futurs pair-aidants. Le premier existe depuis la rentrée universitaire 2019/2020. Pour la rentrée universitaire 2022-2023, d'autres DU pair-aidance en santé mentale se sont développés notamment à Grenoble et à Marseille.

- DU « Pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement » à Lyon :

La formation a été créée en 2019 par une équipe pluridisciplinaire, dont un médiateur de santé pair. Le DU a été conçu pour être une formation professionnalisante à destination des personnes concernées qui souhaitent exercer le métier de pair-aidant. Il est porté par le CRR et l'université Claude Bernard à Lyon. Cette formation est une alternative à la licence MSP. La création du DU permet de favoriser la professionnalisation des pair-aidants. Cette formation

est accessible aux personnes ayant un niveau baccalauréat de candidater (103,122). Depuis 2019, quatre promotions de 30 étudiants environ ont pu suivre la formation. Nous savons que 76 personnes sont diplômées et sont issues des promotions 2019/2020, 2020/2021 et 2021/2022. Ces informations nous sont données par l'université. Il aurait été intéressant de trouver ces données dans la littérature.

Les candidats sont sélectionnés sur dossier puis, sur un entretien oral. Cette sélection permet aux candidats d'exprimer ses motivations et d'exposer son projet professionnel. Certains candidats exercent déjà en tant que pair-aidant mais souhaitent avoir des outils pratiques pour exploiter leurs savoirs expérientiels au service des personnes concernées. Pour la promotion 2023/2024, 250 personnes ont candidaté. Au vu du nombre de candidatures, la sélection est également faite sur le niveau de littératie et l'autonomie des étudiants à suivre une formation. La promotion 2022/2023 est composée de 31 étudiants. Les 5 sessions de cours se sont déroulées entre novembre 2022 et avril 2023. Une session de cours est répartie sur 3 jours. Les contenus pédagogiques permettent d'avoir un socle théorique et pratique. Les contenus théoriques abordent l'anthropologie de la santé, les traitements psychotropes et la décision médicale partagée et les savoirs expérientiels dans des cours magistraux. Les contenus pratiques sont sous la forme de partage d'expériences avec les étudiants diplômés des années précédentes. Les cours pratiques permettent la mise en pratique d'outils du rétablissement comme les Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP). Une partie du programme est dédiée à la psychoéducation afin que les futurs diplômés obtiennent les 40 h nécessaires à l'animation de groupes d'ETP. Pour valider le diplôme, il faut assister aux enseignements, effectuer un stage d'observation de 35 à 70 h et l'écriture et la soutenance orale d'un mémoire universitaire. Le mémoire permet d'aborder la posture professionnelle de l'étudiant dans un domaine précis (103). Il constitue souvent un support pour présenter des outils et/ou des approches intégrant le pair-aidant (123,124). Le mémoire permet également de présenter les différentes spécificités, missions du pair-aidant (125). Aujourd'hui, l'équipe pédagogique de la formation est pluridisciplinaire et continue l'intégration de pair-aidant professionnel à la coordination de la formation.

- DU « Pair-aidance en santé mentale » à Grenoble :

La formation à Grenoble est portée par l'université de Grenoble. L'équipe pédagogique est composée de médecins psychiatres et intègre un pair-aidant en santé mentale. Les sessions de cours se déroulent de février à juin 2023. La formation est accessible à toute personne concernée par les troubles psychiques et ayant obtenu le baccalauréat ou équivalent. La formation inclut également les 40 h d'ETP. La formation est composée de 4 modules : l'accompagnement à la formation et la supervision, un socle théorique sur la pair-aidance et un sur la psychiatrie ainsi qu'un dernier module sur les outils de la pair-aidance. Les enseignements abordent également les traitements psychotropes et la décision médicale partagée. D'autres enseignements sont proposés comme la pair-aidance en sortie d'hospitalisation et la communication avec les proches. La validation de la formation est conditionnée à l'assiduité aux enseignements, la validation d'un stage pratique de 35 heures et à l'obtention du note supérieure ou à 10 pour le mémoire écrit et la soutenance orale (126).

- DU « Pair-aidance dans la médiation en santé mentale » à Marseille :

La formation à Marseille est portée par une structure associative, le CoFoR, et l'université d'Aix-Marseille. L'association Esper pro a collaboré dans la construction de la formation. L'équipe pédagogique est composée de médecins psychiatres et un coordinateur du CoFoR. Pour la promotion 2022/2023, les candidats sélectionnés avaient suivi les modules de formation proposés par le CoFoR. Ces modules représentaient déjà 96 heures de formation. Concernant le DU, les enseignements s'articulent autour de 7 unités d'enseignement qui sont un séminaire sur le rétablissement, les savoirs expérientiels dans l'accompagnement, la pair-aidance professionnelle, les réseaux et l'organisation, les techniques d'animation et d'accompagnement et la prévention en psychiatrie et les Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM). 12 étudiants suivent cette formation pour l'année universitaire 2022/2023 (127,128). Certaines de ces informations nous ont été données par une personne en charge de la coordination du CoFoR, il aurait été intéressant de trouver ces données dans la littérature.

### 1.3.7) Mise en œuvre de la pair-aidance dans d'autres systèmes de santé

La mise en œuvre de la pair-aidance est très hétérogène dans le monde (129). L'intégration de pair-aidants dépend de la situation de chaque système de santé et l'implication des personnes concernées dans chaque pays.

- Pair aidance dans les pays francophones :

Au Québec, en 1994, un premier pair-aidant fût rémunéré pour son travail. C'est en 2005 avec le plan d'action en santé mentale, que le programme Pair Aidants Réseau est créé avec pour objectif d'implémenter les pair-aidants dans des services de santé mentale. Le dispositif a pour objectifs la promotion de l'embauche d'un pair-aidant auprès des établissements, la formation des futurs pair-aidants, le soutien auprès des bénéficiaires. Depuis 2008, la formation des pair-aidants est d'une durée de 119 heures, incluant un stage de 42 heures et la rédaction d'un rapport de stage. En 2019, 187 pair-aidants ont reçu leur certification et 84 d'entre eux exerçaient en tant que pair-aidant (3,130).

En Belgique francophone, une association permet la promotion de la pair-aidance et favorise son implémentation dans les services. Une cartographie des pair-aidants salariés et bénévole est disponible. A ce jour, 38 personnes sont recensées comme exerçant en tant que pair-aidant dans différents domaines comme les addictions, la précarité, le travail du sexe (131).

En Suisse romande, les pair-aidants sont appelés des pairs-praticiens en santé mentale. L'exercice de ces professionnels est identique aux autres pays francophones décrits. Cependant, concernant leur formation, elle se déroule sur deux ans en deux parties. Une première partie porte sur la dimension personnellement du rétablissement et la consolidation de celui-ci. La deuxième année permet d'aborder des notions plus théoriques sur la santé mentale mais également les enjeux autour de la pair-aidance. A ce jour, trois promotions ont été certifiées 2013/2014, 2017/2018 et 2020/2022 (132).

La pair-aidance dans les pays francophones a pour objectif de se fédérer avec notamment l'élaboration d'une charte. Une dizaine d'associations de différents pays se réunissent pour construire une envisager les différents aspects du métier de pair-aidant (133).

- Pair-aidance dans les pays non-francophones :

La Nouvelle-Zélande fut le premier pays à adopter le rétablissement comme une orientation officielle de son système de santé mentale. Les usagers occupent des places diverses, comme pair-aidants mais pas seulement. Ils proposent leurs services essentiellement dans des structures non-gouvernementales, des associations d'usagers et des groupes d'entraide mutuelle (129).

Par exemple, à Hong Kong, même si le plan d'action en santé mentale précise que les soins doivent être fondés sur le rétablissement, l'approche reste traditionnelle. La pair-aidance reste peu connue mais progresse notamment grâce à une association nationale de pair-aidants (129).

## 2) Étude de la pratique professionnelle des pair-aidants

Nous nous questionnons sur le positionnement des pair-aidants en matière de médicaments utilisés en psychiatrie. La majorité des molécules utilisées sont psychotropes. Pour plus de simplicité, nous utiliserons le terme « médicaments » à la place de « médicaments utilisés en psychiatrie » comme utilisé dans notre questionnaire.

### 2.1) Matériels et méthode

#### 2.1.1) Conception étude

##### 2.1.1.1) Objectifs de l'étude

Notre étude a pour objectif de déterminer le positionnement des pair-aidants en matière de médicaments.

L'objectif principal est de connaître le positionnement des pair-aidants en matière de médicaments. Cet objectif est décrit par les critères de jugements suivants : la proportion des pair-aidants abordant ce thème avec les personnes accompagnées.

Des objectifs secondaires ont été établis afin d'étayer l'objectif principal. Nous avons cherché à déterminer les principaux sujets abordés dans leur pratique et les demandes des personnes concernées à propos des médicaments.

Notre étude se base sur un questionnaire à destination des personnes exerçant la pair-aidance. Vous trouverez en annexe 2, la trame du questionnaire diffusé.

L'étude est de type exploratoire car, elle consiste à déterminer quels axes doivent être étudiés en matière de pair-aidance et de médicaments utilisés en psychiatrie.

### 2.1.1.2) Élaboration et diffusion du questionnaire

L'élaboration du questionnaire a nécessité plusieurs réunions de concertation avec une équipe pluridisciplinaire constituée d'une pharmacienne hospitalière, d'un médecin psychiatre et d'un biostatisticien.

Le questionnaire a été conçu sur la plateforme Framiforms<sup>®</sup> qui est construit sur un logiciel indépendant. Cette plateforme est également hautement personnalisable, ce qui nous a permis de créer un questionnaire à réponse conditionnelle. Selon les réponses données par les participants, toutes les questions peuvent ne pas s'afficher. Ceci permet de fluidifier la lecture des répondants. L'inconvénient principal de cette plateforme est qu'elle n'est pas optimisée pour le navigateur Internet Explorer<sup>®</sup>. Le second inconvénient est que, pour garantir l'anonymat des répondants, nous avons dû bloquer l'accès au questionnaire si une connexion avec un compte Framiforms<sup>®</sup> était en cours. Il a bien été spécifié sur la première page du questionnaire que « Pour garantir l'anonymat, il faut être déconnecté de la plateforme Framiforms<sup>®</sup> pour y répondre ».

- Calendrier :

Ces réunions se sont déroulées entre juillet et novembre 2022. Le questionnaire, avant sa diffusion, a été testé par un pair-aidant exerçant au Pôle Centre rive gauche, un pôle psychiatrique polyvalent du CH le Vinatier. Ce test a permis d'évaluer la durée du questionnaire à une vingtaine de minutes.

- Contenu du questionnaire :

Notre questionnaire comprend au total 66 questions, dont 22 questions fermées, 21 questions à choix multiples, 15 questions ouvertes, 2 zones de texte, 4 tableaux, 1 calendrier et 1 échelle numérique numérotée de 1 à 10. Les questions fermées sont des questions du type « oui/non » exclusivement. Les questions ouvertes permettent aux participants d'inscrire une réponse (mots ou chiffres). Parmi ces questions ouvertes, 10 questions étaient du type : « Si

vous avez choisi « Autres » : définissez ». Certaines questions ne sont visibles que sous certaines conditions. Nous avons favorisé les questions fermées et à choix uniques pour aider à l'analyse des résultats. Les questions ouvertes permettent de voir la sincérité des participants. Les réponses obtenues permettent d'avoir des données quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives sont récoltées grâce aux questions ouvertes et aux zones de texte. La majeure partie des données récoltées sont quantitatives.

Notre questionnaire est divisé en plusieurs parties :

#### Votre identité :

Cette partie comprend des questions portant sur les données sociodémographiques des participants, dont le genre et la date de naissance. Nous les questionnons également sur la pair-aidance en abordant quelques points particuliers, dont leur motivation pour exercer, comment ils ont connu la pair-aidance, leur formation en pair-aidance.

Concernant leur découverte de la pair-aidance, nous avons proposé plusieurs choix. Le répondant doit choisir une seule réponse parmi les suivantes : vos recherches personnelles, votre entourage (famille, amis, connaissances...), associations, pair-aidants, professionnels de santé. Pour les professionnels, nous proposons psychiatre, médecin généraliste, pharmacien, psychologue, infirmier et autres.

Concernant leur formation, nous demandons si les répondants ont suivi une formation/diplôme, le type de formation, la localisation et l'année d'obtention du diplôme. 3 groupes ont été constitués : les personnes actuellement en formation, les personnes ayant suivi une formation, les personnes qui n'ont suivi pour le moment.

Pour les personnes n'ayant pas suivi de formation, nous demandons si elles comptent se former à l'avenir.

2 questions portent sur le domaine d'exercice avant la pair-aidance et si cette activité est toujours pratiquée.

#### Votre exercice professionnel :

Cette partie définit les conditions d'exercice et les missions des répondants. Nos questions portent sur l'activité principale, c'est-à-dire l'activité où le professionnel exerce la pair-aidance

le plus fréquemment. L'exercice pouvant être multiple et varié, nous avons voulu mettre l'accent sur l'activité la plus représentative en termes d'heures. Six questions portent sur l'activité principale des répondants. Nous leur demandons le statut professionnel de leur activité (auto-entreprise, salarié, bénévole). Concernant les missions effectuées, nous proposons plusieurs types de missions (entretiens individuels, groupes d'entraide etc.). Les répondants peuvent choisir plusieurs réponses et en rajouter d'autres avec la case « Autres ». Une question porte sur l'année de début d'exercice pour estimer l'expérience des participants. Deux questions portent sur le type de structure d'exercice et si des soins axés rétablissement y sont proposés. Deux questions portent sur le travail en réseau d'une part entre pair-aidants et d'autre part avec une équipe de soins. Une question porte sur l'exercice sur les réseaux sociaux.

Nous choisissons le terme « psychoéducation » car il est souvent employé dans le domaine de la psychiatrie. Cette notion se rapporte à celle d'ETP mais, la psychoéducation ne fait pas toujours l'objet d'une autorisation par une ARS à ce titre (54).

Nous précisons également que le terme pair-aidant désigne une personne exerçant la pair-aidance, quels que soient sa formation ou son mode d'exercice. Cette précision nous permet de simplifier les questions et de pouvoir inclure tous les répondants potentiels. Nous rappelons également notre définition de la pair-aidance en santé mentale : « Elle repose sur l'apport de personnes ayant vécu l'épreuve de la maladie psychique et pouvant s'être formées pour accompagner celles qui y font face en s'appuyant sur leurs savoirs expérientiels. C'est une forme d'entraide professionnalisée ». Elle correspond à celle donnée pour introduire notre questionnaire.

#### Médicaments, vos connaissances :

Cette partie traite des connaissances en matière de médicaments des participants. Selon les précédentes réponses, les participants ne répondent pas aux mêmes questions. Deux groupes ont été constitués : le premier groupe a suivi une formation en pair-aidance, le second est en train de suivre une formation ou n'a pas suivi de formation. Pendant la période de diffusion du questionnaire, les personnes actuellement en formation n'ont pas toutes terminé leur cursus.

Les intitulés des questions ont été adaptés en fonction des groupes constitués. Le questionnaire est structuré par une question puis deux ou trois tableaux. Chaque tableau se structure en 2 colonnes (oui/non) et 7 lignes. Chaque ligne définit un sujet pouvant être abordé : Impact positif/négatif sur le quotidien, effets indésirables possibles, conseils sur la prise en charge des effets indésirables, informations sur le sevrage possible des médicaments, outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse, informations sur les « médecines alternatives (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement) ».

Nous définissons également des termes pour informer les répondants sur notre point de vue et rappeler des notions abordées dans notre étude.

Nous rappelons la définition de la phytothérapie et de l'aromathérapie comme le recours respectivement à des plantes ou des huiles essentielles pour se soigner. Nous avons choisi de cibler l'étude sur ces 3 alternatives seulement car elles sont définies dans les textes de lois et disponibles dans les officines. L'homéopathie, la phytothérapie et l'aromathérapie sont des thérapies très connues du grand public. Les préparations homéopathiques sont répertoriées dans la pharmacopée européenne. Les médicaments homéopathiques possèdent une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) car considérés comme des médicaments traditionnels (134). Les médicaments à base de plantes, ou phytothérapie, peuvent se présenter sous la forme d'une spécialité pharmaceutique, d'une préparation pharmaceutique ou d'une drogue végétale. L'aromathérapie est considérée comme une préparation à base de plantes (135). La phytothérapie et l'aromathérapie pouvant causer des interactions médicamenteuses, il nous semble important d'évaluer leur utilisation. Par exemple, le millepertuis, utilisé pour les symptômes dépressifs, est un inducteur du cytochrome 3A4 et interagit avec plusieurs molécules, dont l'alprazolam (136). La base de données Hedrine recense les études cliniques et les cas rapportés d'interactions médicamenteuses entre plantes et médicaments (137).

Nous avons choisi d'utiliser le terme « effet secondaire » plutôt qu'effet indésirable dans notre enquête. Ce terme est plus connu du grand public. Ici, Nous définissons l'information sur les effets indésirables comme faite avant l'apparition. Nous définissons la gestion dès lors qu'un effet indésirable est présent et que la personne cherche des conseils. Le terme « gestion des effets secondaires » sera remplacé ici par « prise en charge des effets indésirables ». Nous

définissons l'impact sur le quotidien comme une influence positive ou négative dans les actions quotidiennes.

Le terme « adhésion médicamenteuse » n'a pas été défini dans notre enquête. Pour notre étude, nous définissons l'adhésion médicamenteuse comme la dimension attitudinale de l'observance thérapeutique. Elle renvoie à des facteurs psychosociaux qui interviennent sur le comportement de l'observance. L'observance est l'ensemble des comportements qui permet de suivre le traitement prescrit et les règles hygiéno-diététiques associées (138). Nous avons choisi d'inclure la notion d'adhésion médicamenteuse car elle est associée à un levier vers le rétablissement (139).

Une question et deux tableaux sont communs aux deux groupes. Nous leur demandons l'utilisation de chaque classe de médicaments sur les pathologies rencontrées en psychiatrie.

Le premier concerne leurs connaissances en matière de médicaments. Le second concerne leurs envies/besoins de formations sur les sujets évoqués précédemment.

Nous demandons en plus aux personnes formées les sujets abordés précisément pendant leur formation de pair-aidance. Cette question n'est pas retrouvée dans l'autre groupe de participants.

#### Médicaments, savoirs expérientiels en pratique :

Cette partie répond à l'objectif principal de notre étude. Nous questionnons les participants sur leur pratique professionnelle en matière de médicaments : si la question est abordée, les sujets évoqués, les documentations et ressources données sur le sujet.

2 questions portent sur les diagnostics des personnes accompagnées, dont une sous la forme « Si vous avez choisi « Autres », définissez ». Différents types de diagnostics sont représentés et possibles : troubles psychotiques (schizophrénie etc.), troubles de l'humeur (bipolarité, cyclothymie etc.), troubles de la personnalité (borderline, antisociale, etc.), troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement alimentaire, troubles anxieux et autres. La question concernant les types de diagnostics rencontrés est facultative.

Nous précisons que la question des médicaments peut être abordée sans que le pair-aidant en soit à l'initiative, c'est-à-dire qu'il peut aborder la question des médicaments parce qu'elle est posée par un autre acteur.

Concernant les sujets abordés en matière de médicaments, nous demandons qui est à l'initiative du ou des sujet(s) abordé(s). Cette question se structure sous la forme d'un tableau de 5 colonnes et de 7 lignes. Nous définissons chaque colonne par les acteurs possibles : le pair-aidant, la personne concernée, l'équipe soignante, aucune des personnes citées, sujet non abordé.

3 questions concernent les documentations et les ressources. La première demande si des ressources sont données. Les deux questions suivantes permettent de définir l'information transmise à la personne accompagnée. Nous proposons comme documentation/ressource possibles : Vidal, Stahl, Psycom, groupes sur les réseaux sociaux, forums de discussion et autres (140–142). Ces ressources sont soit facilement accessibles, soit connues du public scientifique. Psycom est un organisme public d'information sur la santé mentale. Dans le cadre de leurs missions, une brochure sur les médicaments a été créée. Cette brochure a été écrite avec l'aide de professionnels de santé, dont des médecins psychiatres et des pharmaciens (142,143).

#### Médicaments, votre parcours :

Cette partie aborde la question du vécu personnel des participants. Nous leur demandons de répondre sur plusieurs points de l'expérience en tant que personne concernée : les professions de santé rencontrées, les diagnostics psychiatriques reçus, la prise d'un traitement aigu et au long cours, les effets indésirables expérimentés et leur prise en charge, l'impact positif et négatif des médicaments sur leur quotidien, la place des pharmaciens officinaux dans leur parcours de soins.

2 questions concernent les professions de santé rencontrées durant leur parcours de soins. Une de ces questions est de la forme « Si vous avez choisi « Autres » : définissez ».

3 questions concernent les diagnostics psychiatriques des participants. La question concernant les types de diagnostics reçus est facultative. Une de ces questions est de la forme « Si vous avez choisi « Autres » : définissez ».

4 questions concernent la prise ancienne ou actuelle d'un traitement au long cours et/ou d'un traitement aigu. Nous précisons aux participants que le médicament devait être pris à la suite d'une prescription médicale. Nous considérons que la prise hors prescription est anecdotique car les médicaments utilisés en psychiatrie sont listés. Ils appartiennent à la liste 1 des

substances vénéneuses ou la liste des stupéfiants pour certains. Pour les traitements au long cours, nous définissons une prise au long cours comme une prise quotidienne pendant au moins 6 mois.

3 questions abordent les effets indésirables vécus. Nous demandons aux personnes de choisir l'effet indésirable qui a le plus impacté leur quotidien si elles en ont vécu plusieurs. Une question sous forme d'échelle numérique propose aux participants d'évaluation l'impact sur leur quotidien de 0 à 10. Le 0 correspond à un effet indésirable qui n'a pas du tout limité le quotidien et le 10 correspond à un effet indésirable qui a limité grandement le quotidien. Nous demandons également si un professionnel de santé a pu les conseiller pour prendre en charge cet effet indésirable.

6 questions abordent l'impact des médicaments. 3 questions abordent l'impact positif et trois concernent l'impact négatif. Pour caractériser l'impact positif, différentes réponses sont proposées : diminuer, stabiliser les symptômes, améliorer l'état physique, améliorer la qualité de vie, éviter l'isolement social, (re)trouver un emploi, autres. Pour caractériser l'impact négatif, nous proposons des réponses en miroir à l'impact positif. Les domaines représentés sont les mêmes et nous avons proposé ces réponses : accentuer les symptômes, limiter l'état physique, dégrader la qualité de vie, accentuer l'isolement social, perdre un emploi, autres. La question suivante permet de caractériser si la réponse « Autres » est choisie.

3 questions abordent l'aide ou non d'un traitement au long cours, aigu et des « médecines alternatives » dans le rétablissement des participants. Nous rappelons notre définition des « médecines alternatives ».

4 questions traitent les informations données pendant le parcours de soins des participants. Les deux premières questions concernent l'information et la prise en charge des effets indésirables.

Dans notre enquête, nous avons appelé « pharmacien de ville », les pharmaciens officinaux pour plus de lisibilité et de clarté. 2 questions concernent spécifiquement cette profession. Nous demandons si le pharmacien a communiqué des informations sur les médicaments dispensés et si le pharmacien a pu répondre à leurs questions s'ils en avaient.

### Vos questions :

Cette partie permet aux répondants d'exprimer des remarques. La première zone de texte porte sur les questions de notre enquête. La seconde zone de texte porte sur les commentaires ou les questions sur le sujet abordé.

Nous précisons aux participants qu'aucun élément de leur identité doit être indiqué dans ces zones de texte.

- Amélioration du contenu de notre questionnaire :

Il a été convenu d'utiliser le terme médicament utilisé en psychiatrie qui est moins connoté que le terme médicament psychotrope. De plus, certains médicaments utilisés en psychiatrie pour des troubles psychiques ne sont pas des psychotropes comme l'usage hors-AMM du propranolol et de la prazosine dans les cas de Troubles du Stress Post-Traumatique (TSPT) (144,145).

Certaines questions sont ajustées en relation avec l'expertise de pair-aidants et des contraintes liées à la pratique.

Parmi les points qui ont été discutés, la question de la prise de médicaments hors prescription a été évoquée. L'accès aux médicaments psychotropes sans ordonnance est limité et nous avons jugé anecdotique cet usage.

La question de la formation des pair-aidants et la validation d'un diplôme a été également soulevée. Effectivement, certains étudiants ne finissent pas la formation et il est intéressant de savoir s'ils exerçaient tout de même. Nous avons convenu de faire une distinction entre les personnes suivant actuellement une formation et celles ayant suivi une formation. Au vu de la période de diffusion et des différents calendriers universitaires des formations, les étudiants n'ont pas suivi la totalité des enseignements.

- Diffusion et canaux de diffusion :

#### Informations générales :

La diffusion du questionnaire a débuté le 1<sup>er</sup> décembre et s'est terminée le 1<sup>er</sup> mars inclus. Le questionnaire était en ligne pendant 3 mois et plusieurs relances ont été faites : une première début janvier, une seconde début février. Les relances ont été faites la première semaine de chaque mois.

#### Canaux de diffusion :

Le questionnaire a été diffusé par voie numérique uniquement. C'est un moyen rapide à mettre en place, rapide à partager et qui permet d'interpeller un maximum de personnes. Nous avons choisi de diffuser notre enquête sur différents canaux : les réseaux sociaux, site internet, courriers électroniques.

#### Les réseaux sociaux : LinkedIn, groupe Facebook « De pairs à pairs »

LinkedIn est un réseau social professionnel. Notre questionnaire a été diffusé sur mon profil puis, a été épinglé pour être facilement accessible. Lors de la publication de notre enquête, les différents professionnels impliqués et différents « hashtags » ont été cités pour élargir notre cercle de diffusion. Nous avons également cité l'Université de Montpellier. Parmi les « hashtags » présents, nous avons choisi : « #médicaments », « #santémentale », « #pairaidance », « #thèse ». Le post a suscité 4 550 impressions et 101 interactions (chiffres du 24 mars 2023). Les impressions représentent une estimation du nombre total de fois où le post a été affiché à l'écran d'utilisateurs. Le post a été vu majoritairement par des psychologues (95 personnes) puis des infirmiers (75 personnes) et des psychiatres (71 personnes). Notre enquête a touché un public majoritairement francilien (500 personnes), lyonnais (326 personnes) et bordelais (158 personnes). Les interactions du post représentent le nombre total d'interactions sur le post. 37 réactions, 14 commentaires et 48 republications d'autres personnes constituent l'ensemble de ces interactions. Chaque relance a été faite en republiant la publication initiale, c'est-à-dire qu'elle a été republiée 2 fois.

Facebook est un réseau social. Le groupe « De pairs à pairs » est un groupe réservé aux pairs, quels qu'ils soient. Ce groupe est seulement réservé aux personnes concernées. Le groupe est

constitué de pairs francophones. Certains membres exercent la pair-aidance dans d'autres pays que la France. 974 membres constituent ce groupe le 24 mars 2023.

Site internet : Nous avons choisi de diffuser notre enquête sur le site et les réseaux sociaux associés au CRR. Un article a été créé le 28 décembre à la suite du lancement de la diffusion (146). Une information sur les réseaux sociaux a été faite ensuite en indiquant le lien de l'article. Une relance a été faite début janvier et début février. Cet article a été consulté 400 fois par les visiteurs.

Courriers électroniques : Avant de débiter, nous avons constitué une liste de diffusion. Nous intégrons les associations présentes sur le site Psycom (147). Nous avons sollicité différents acteurs de la pair-aidance et différents acteurs de la réhabilitation psychosociale et/ou de lutte contre la stigmatisation des personnes concernées. Parmi eux, nous retrouvons des associations de pair-aidance professionnelle (Esper pro, Espairs Rhône), les responsables des différentes formations citées précédemment, des professionnels de la santé mentale, des pair-aidants exerçant dans le Pôle Centre rive gauche du CH le Vinatier.

Concernant le DU pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement à Lyon, le questionnaire a été diffusé aux trois promotions précédentes et à la promotion actuelle des étudiants. Cette diffusion a concerné au total 136 étudiants. À la suite de remarques de personnes non diplômées, les relances ont été adressées aux seuls étudiants diplômés et en cours de formation, ce qui constitue 107 personnes.

#### Précisions données concernant notre questionnaire :

Le questionnaire comporte plusieurs tableaux donc les participants ont été informés que l'ordinateur était le moyen le plus pratique pour répondre à notre enquête (plutôt qu'un smartphone).

- Amélioration du questionnaire après diffusion :

Le questionnaire après diffusion a été modifié à la suite de remarques des répondants. Des associations exerçant la pair-aidance familiale ont voulu répondre au questionnaire. Cependant, la partie « Médicaments, votre parcours » ne peut pas s'adresser à des aidants

familiaux. Nous avons donc ajouté le 7 décembre 2022 la phrase suivante : « Les répondants sont concernés personnellement par les troubles psychiques, diagnostiqués ou non ».

- Création de document connexe :

Avant la clôture des soumissions de réponse, une grille des réponses attendues a été rédigée pour chaque question ouverte, présentée en annexe 4. Cette grille répertorie les réponses attendues.

### 2.1.1.3) Population-cible et critères d'inclusion/exclusion

La population-cible du questionnaire regroupe les personnes exerçant la pair-aidance quel que soit leur mode d'exercice en France (métropolitaine et Outre-mer).

Aucune distinction de sexe, d'âge, ou de niveau d'étude n'a été faite concernant la population-cible.

- Critères d'inclusion :

- Être concerné par les troubles psychiques diagnostiqués ou non,
- Exercer la pair-aidance quel que soit le mode d'exercice (auto-entrepreneur, bénévole, salarié etc.),
- Être formé ou non à la pair-aidance,
- Exercer en France métropolitaine ou Outre-mer.

- Critères d'exclusion :

- Ne pas être concerné personnellement par un trouble psychique,
- Exercer dans un autre pays francophone que la France,
- Ne pas exercer la pair-aidance.

Nous choisissons d'inclure les personnes ayant suivi une formation pour exercer ou non car, la profession n'étant pas réglementée à ce jour, l'exercice de ce métier n'est pas conditionné à l'obtention d'un diplôme. Nous voulons que la population soit la plus représentative des pair-aidants en France. Les conditions d'exercice et les formations dans d'autres pays étant différentes, nous choisissons de ne pas prendre en compte les personnes exerçant dans d'autres pays francophones.

### 2.1.2) Méthode

Nous avons effectué un pré-traitement sur les données de sondage. Celui-ci consistait à uniformiser des variables, le recodage de certaines données obtenues. Pour garantir l'anonymat des répondants, un âge a été calculé à partir de la date de naissance des participants.

Pour la description de l'échantillon et des données, la moyenne et la médiane sont utilisées.

Les résultats des questions à choix multiples sont classés dans plusieurs tableaux. Les lignes correspondent aux modalités des questions concernées. Ils sont composés de trois colonnes : « N », « Pourcentage de réponses » et « Pourcentage de répondants ». La lettre « N » correspond au nombre de fois à la modalité concernée a été renseignée. La colonne « Pourcentage des réponses » définit la proportion d'une modalité renseignée parmi toutes les autres. La colonne « Pourcentage des répondants » définit la proportion des participants concernés ayant renseigné cette modalité parmi celles disponibles.

Nous choisissons d'utiliser la technique de la « Median-split » pour déterminer certaines variables comme les effets indésirables sévères.

Concernant l'analyse statistique, nous utilisons les tests du khi-deux d'indépendance, le test exact de Fisher et le test de Student. Nous choisissons un seuil de significativité à 5 % pour chacun des tests.

Le test du khi-deux d'indépendance détermine si deux variables sont susceptibles d'être liées. L'hypothèse nulle du test est que celles-ci sont indépendantes. L'hypothèse alternative est

que les deux variables sont liées. Ce test est applicable si deux variables catégorielles sont définies et que les effectifs soient inférieurs ou égaux à 5.

Le test exact de Fisher a les mêmes hypothèses et conditions d'application que le test du khi-deux. Nous préférons utiliser un test exact de Fisher quand les effectifs sont strictement inférieurs à 5.

Dans chaque tableau d'analyse de résultats, les p-valeurs confirmant des résultats significatifs seront en gras et sont comprises entre 0 et 0,05 inclus. Les p-valeurs des résultats non-significatifs mais à prendre en compte seront soulignées et sont strictement supérieures à 0,05 mais inférieures ou égales à 0,2. L'exploitation statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R.

## 2.2) Résultats de l'étude

Nous avons obtenu 142 réponses à notre enquête. 75 participants ont répondu à notre enquête durant le mois de décembre 2022, 40 ont répondu en janvier 2023 et 27 ont répondu en février 2023. Chaque relance a permis de récolter respectivement 28,2 % et 18,3 % participants en plus. Nous avons défini 93 variables pour décrire puis analyser les résultats obtenus.

Nous rappelons que certaines questions sont soumises à des champs conditionnels et ne concernent pas tous les participants.

De manière générale, la question « Si vous avez choisi « Autres » : définissez » a permis aux participants de caractériser certaines modalités renseignées.

## 2.2.1) Description des résultats obtenus

### 2.2.1.1) Descriptif des participants de notre étude

- Données socio-démographiques des participants :

#### Genre :

Cette question est facultative. Une personne n'a pas répondu à cette question. Les répondants sont en majorité de genre féminin (66 %). Le genre masculin et les personnes non-genrées représentent respectivement 30 % et 4 % des participants.

#### Âge :

Cette question est facultative. 2 personnes n'ont pas répondu à cette question. Parmi les 140 participants restants, les répondants ont entre 21 et 68 ans. La moyenne est située à 42,4 ans.

#### Domaine d'activité avant la pair-aidance :

Cette question est facultative. 5 personnes n'ont pas répondu à cette question. 137 participants ont indiqué leur domaine d'activité et/ou d'études avant l'exercice de la pair-aidance. Nous les avons décrits dans le tableau 1. Cette question pouvait comprendre plusieurs domaines d'activité/étude d'où le nombre de répondants supérieurs à 100 %. Ici, les 142 répondants renseignent au total 179 modalités.

La question concernant la poursuite dans le domaine d'activité est facultative. 1 personne n'a pas répondu à cette question, ce qui veut dire que les personnes n'ayant noté aucun domaine précédemment ont répondu à cette question. 67,4 % des participants n'exercent plus dans ce domaine d'étude contre 32,6 %.

Dans quel domaine avez-vous travaillé/étudié avant d'exercer la pair-aidance ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Arts et lettres	26	14.5 %	19 %
Droit et administratif	25	14 %	18.2 %
Vente et tourisme	24	13.4 %	17.5 %
Social et médico-social	20	11.2 %	14.6 %
Médical et paramédical	15	8.4 %	10.9 %
Communication et marketing	15	8.4 %	10.9 %
Education et enseignement	11	6.1 %	8 %
Manutention et sécurité	10	5.6 %	7.3 %
Environnement et agro-alimentaire	10	5.6 %	7.3 %
Psychologie	7	3.9 %	5.1 %
Conseil et entrepreneuriat	6	3.4 %	4.4 %
Recherche et sciences	4	2.2 %	2.9 %
Informatique	4	2.2 %	2.9 %
Divers	2	1.1 %	1.5 %
Total	179	100 %	130.7 %

**Tableau 1 : Domaines d'activité des participants avant l'exercice de la pair-aidance**

Nous constatons que les participants ont souvent exercé ou étudié dans plusieurs domaines d'activités avant la pair-aidance. Parmi les 6 domaines les plus fréquents, nous observons que les participants ont exercé dans le domaine « Social et médico-social » et « Médical et paramédical ». Ces deux domaines concernent respectivement 14,6 % et 10,9 % des répondants. Dans les métiers médicaux et paramédicaux, les participants mentionnent des métiers comme « Infirmière », « Etudes de médecine », « Imagerie médicale ». Les métiers paramédicaux sont plus représentés, la réponse « Etudes de médecine » concerne un seul répondant. Parmi ces 15 répondants, 3 ont exercé dans d'autres domaines d'activité et 7 continuent d'exercer dans ce domaine.

Concernant les métiers dans le social et médico-social, les participants mentionnent leur activité comme « Educateur spécialisé » et la « Petite enfance ». Parmi ces 20 répondants, 9 ont exercé dans d'autres domaines d'activité et 10 continuent d'exercer dans ce domaine.

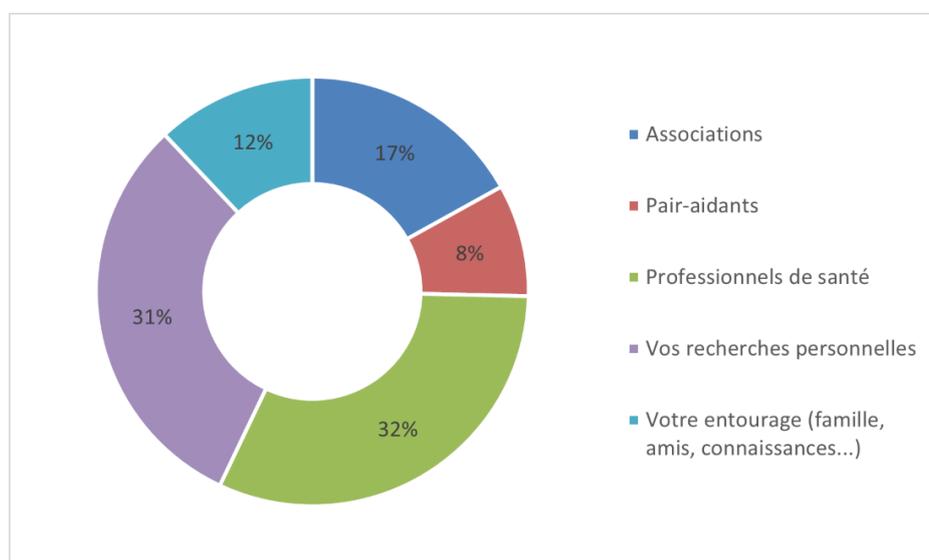
Nous notons que 7 répondants ont également étudié ou exercé spécifiquement la psychologie.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous retrouvons plusieurs domaines en commun : le secteur de la santé, l'ingénierie, les langues étrangères. Nous ne nous attendions pas à ce que le domaine du droit et de l'administratif, la vente et le tourisme seraient cités et fréquents.

- Informations concernant la pair-aidance :

#### Moyens pour connaître la pair-aidance :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Les participants ont majoritairement connu la pair-aidance par des professionnels de santé (32 %). 31 % des répondants ont connu la pratique grâce à leurs recherches personnelles. Ces moyens sont représentés par la figure 5. Les professionnels de santé cités sont en majorité des psychiatres (66,7 %) et des psychologues (22,2 %). Parmi les autres professionnels de santé, les répondants ont cité les éducateurs spécialisés, les addictologues et un documentaliste.



**Figure 5 : Moyens utilisés pour connaître la pair-aidance**

Les professionnels de santé sont mobilisés pour faire connaître la pair-aidance. Les professions impliquées restent très peu variées et concernent principalement des professionnels de la

santé mentale. Les pharmaciens ne sont pas représentés dans notre étude. La proportion des répondants cherchant des informations par leurs propres moyens montre la disparité des connaissances selon les professionnels impliqués ou les structures d'accueil.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous retrouvons plusieurs modalités en commun comme les éducateurs spécialisés et neuropsychologues. Nous n'attendions pas certaines réponses comme les documentalistes ou les addictologues. Ces derniers peuvent être psychiatres ce qui pourrait expliquer leur connaissance sur la pratique de la pair-aidance. Nous avons cité dans la grille plusieurs professionnels qui n'ont pas été cités par les participants comme les préparateurs en pharmacie ou les job coach entre autres.

### Motivations pour exercer :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Les motivations pour exercer sont multiples. Le tableau 2 décrit les motivations des participants par ordre décroissant. Parmi les réponses « Autres », les participants évoquent leur propre rétablissement, la contestation politique du système psychiatrique en France et la lutte contre la stigmatisation. La modalité la plus renseignée est « Aider les autres » et représente 34,9 % des réponses totales. Le partage d'expérience représente 32 % des réponses totales.

Quelles ont été vos motivations pour exercer la pair-aidance ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Aider les autres	118	34.9 %	83.1 %
Partage d'expérience	108	32 %	76.1 %
Réinsertion professionnelle	60	17.8 %	42.3 %
Se sentir légitime	30	8.9 %	21.1 %
Autres	22	6.5 %	15.5 %
Total	338	100 %	238 %

**Tableau 2 : Motivations des participants pour exercer la pair-aidance**

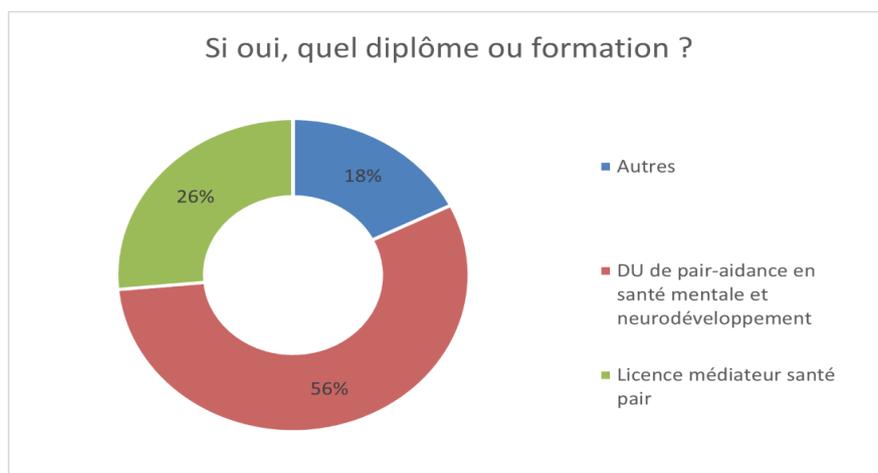
Nous constatons que les répondants renseignent plusieurs modalités pour décrire leurs motivations. La modalité « Aider les autres » et « Partage d'expérience » représentent respectivement 83,1 % et 76,1 % des participants. Nous pouvons donc considérer la relation

d'aide et le partage d'expérience comme des motivations majeures pour exercer. Nous pouvons envisager que les personnes ayant une expérience dans les métiers sociaux et médicaux/paramédicaux ont renseigné ces modalités. La pair-aidance est une autre façon d'aider avec une posture professionnelle différente. Nous constatons également que la pair-aidance peut être un moyen de se réinsérer professionnellement.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous retrouvons plusieurs modalités proches. La question du militantisme, de la contestation politique est citée plusieurs fois de différentes manières. La richesse des réponses nous permet de dire qu'il n'existe pas une motivation unique pour exercer la pair-aidance. Notre étude ne nous permet pas de comprendre avec certitude les motivations principales pour exercer et l'influence de celles-ci sur leur pratique professionnelle.

#### Formation éventuelle pour exercer la pair-aidance :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. La majorité des pair-aidants sont formés ou en cours de formation. 48 % ont suivi une formation, 28 % suivent actuellement une formation, 24 % n'ont pas suivi de formation. Les 68 répondants ayant suivi ont suivi en majorité le DU pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement (68 %). La figure 6 représente la répartition dans les différentes formations des 68 répondants formés dans le passé. Dans les autres formations suivies, nous retrouvons des formations spécifiques à l'addictologie, la formation EPoP (116). Une personne a également obtenu le DU pair-aidance en santé mentale et suit actuellement la licence MSP.



**Figure 6 : Formations suivies dans le passé pour exercer la pair-aidance**

55,9 % des participants ont suivi une formation à Lyon. 32,4 % ont suivi une formation à Paris. 2 participants ont suivi une formation inter-universitaire. Les réponses Grenoble, Marseille, Montpellier, Roubaix et l'étranger concernent chacune un répondant. Nous pouvons suspecter un biais de recrutement car, la diffusion a été relayée plusieurs fois par le CRR porteur du DU pair-aidance à Lyon. Nous notons qu'en 2012, la licence MSP prenait la forme d'un DU. Les répondants ayant répondu « DU MSP » ont été intégrés dans la modalité « licence MSP ».

Nous choisissons le terme « suivi » qui ne veut pas dire que la formation est validée. 3 personnes n'ont pas validé leur formation, c'est-à-dire que notre étude comptabilise 65 personnes diplômées. 40 % des diplômés le sont depuis 2022, 13,8 % le sont depuis 2021, 29,2 % le sont depuis 2020. La médiane de cette variable est située à 2021. En moyenne, les participants ayant validé une formation sont diplômés depuis 2 ans.

Un répondant indique que sa formation pour exercer la pair-aidance est une formation en psychologie obtenue en 2008 à Paris. Cette réponse nous montre que les professionnels de la santé, y compris la santé mentale, sont parfois concernés. Ceci nous montre également que des outils enseignés dans d'autres formations peuvent aider dans l'exercice de la pair-aidance. Cette réponse montre également le flou réglementaire concernant la professionnalisation des pair-aidants.

Parmi les 34 personnes ne suivant pas de formation, 55,9 % souhaiteraient se former à l'avenir contre 44,1 %.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme une formation patient expert. Le répondant précise que c'est une formation en addictologie. Nous n'attendions pas certaines réponses comme le double diplôme, la formation d'intervenant pair EPoP à Roubaix, la psychologie ou des formations validées avant 2012 entre autres. Nous avons cité plusieurs autres formations qui n'ont pas été citées par les répondants les DU partenariat patient-soignant à Nantes ou Montpellier ou des formations d'intervenant ou de travailleur pair à Angers ou Dijon.

## 2.2.1.2) Etat des lieux de la pratique de la pair-aidance des participants

- Descriptif de l'activité :

### Statut professionnel :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Nous demandons le statut de l'activité principale dans la pair-aidance. Parmi tous les participants, 56 % sont salariés, 36 % sont bénévoles et 8 % sont micro-entrepreneurs.

### Expérience dans la pair-aidance :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Les valeurs sont comprises entre 1984 et 2023. En moyenne, ils exercent la pair-aidance depuis 2019, ce qui équivaut à 3,8 années. La médiane de cette valeur est située en 2020, ce qui équivaut à 2,9 années. 49,3 % des participants exercent depuis moins de 2 ans contre 27,5 % qui ont 2 à 4 années d'expérience et 23,2 % qui exercent depuis plus de 4 ans.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires à celles attendues. Nous nous attendions à des réponses antérieures à la création de la licence MSP car, l'entraide et la pair-aidance se pratiquait avant cette année. Les participants pouvaient pratiquer l'entraide avant de choisir de se former.

### Nombre d'heures hebdomadaires :

Tous les participants sont concernés par cette question. Le pré-traitement des données a permis d'uniformiser les variables. Quand une durée était donnée, nous avons pris la moyenne. 3 participants ont répondu par des valeurs non-interprétables et leur réponse n'ont pas été prises en compte. Parmi les 139 répondants, l'étendue des valeurs est située de 0,5 heure à 56 heures par semaine. En moyenne, les participants exercent 19,3 heures par semaine. La médiane est située à 20 heures.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires à celles attendues. Nous n'attendions pas certaines

réponses comme des heures de travail supérieures à 48 heures par semaine. Ce seuil est la durée maximale de travail hebdomadaire salarié. Nous envisageons que le répondant travaillant 56 heures exerce la pair-aidance en dehors du cadre de son activité principale. Une activité libérale peut nécessiter beaucoup plus d'heures de travail.

#### Activité sur les réseaux sociaux :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 60,6 % n'interviennent pas comme pair-aidant sur les réseaux sociaux contre 39,4 %.

- Description de la structure et des missions :

#### Type de structure :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Le tableau 3 décrit les types de structures où exercent les participants. Certains renseignent parfois plusieurs modalités car le nombre « N » est supérieur au nombre de participants. Les associations et les structures de psychiatrie ambulatoire représentent respectivement 37,7 % et 21,7 % des réponses totales. Parmi les 142 participants, 46,5 % exercent dans des associations, 26,8 % exercent dans des structures de psychiatrie ambulatoire et 21,8 % exercent dans des établissements médico-sociaux.

Actuellement, dans quelle(s) structure(s) exercez-vous la pair-aidance ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Associations	66	37.7 %	46.5 %
Structures de psychiatrie ambulatoire (publiques ou privées)	38	21.7 %	26.8 %
Établissements médico-sociaux (SAMSAH etc.)	31	17.7 %	21.8 %
Services d'hospitalisation complète (publics ou privés)	24	13.7 %	16.9 %
Libéral	16	9.1 %	11.3 %
Total	175	100 %	123.2 %

**Tableau 3 : Types de structure d'exercice des participants**

Au vu de la question, il est possible que les participants embauchés par des associations de pair-aidance comme Espairs Rhône et ESPER pro renseignent la modalité « Associations » en plus d'autres structures. Les professionnels embauchés par des associations de pair-aidance professionnelle peuvent intervenir dans plusieurs structures dans le cadre de leur exercice.

Existence de soins axés rétablissement proposés dans la structure :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 76,8 % des participants exercent dans des structures qui proposent des soins axés rétablissement contre 23,2 %. Nous notons que les soins proposés peuvent être très hétérogènes. Certaines structures peuvent proposer une offre plus élargie que d'autres. Les participants exerçant dans plusieurs structures ne peuvent pas nuancer leur réponse en fonction des structures.

Description des missions effectuées :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Le tableau 4 décrit les missions effectuées par les participants dans le cadre de leur exercice. Ils exercent plusieurs missions différentes dans leur pratique. 70,4 % des répondants effectuent des entretiens individuels, 55,6 % animent des groupes d'entraide et 52,1 % effectuent de la psychoéducation. Concernant les autres missions, ce sont la formation aux personnes concernées, la représentation des usagers, la lutte contre la stigmatisation. Parmi les missions diverses, les répondants décrivent l'animation d'activités thérapeutiques, de direction pair, de politique.

Actuellement, quelle(s) mission(s) exercez-vous en tant que pair-aidant ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Entretiens individuels	100	26.7 %	70.4 %
Groupes d'entraide	79	21.1 %	55.6 %
Psychoéducation	74	19.8 %	52.1 %
Formations des autres professionnels de santé ou étudiants	54	14.5 %	38 %
Formations des pair-aidants ou étudiants	34	9.1 %	23.9 %
Autres	33	8.8 %	23.2 %
Total	374	100 %	263.4 %

**Tableau 4 : Missions effectuées par les participants dans le cadre de leur exercice**

Les entretiens individuels permettent un cadre privilégié avec la personne concernée et le pair-aidant. Si ces entretiens sont effectués avec le seul professionnel pair-aidant, nous notons qu'il est plus facile pour eux de parler de certains sujets. Il est également plus facile pour la personne concernée de témoigner sur des effets indésirables gênants. Les entretiens individuels peuvent aussi s'effectuer en binôme avec un autre professionnel. Cet élément est à prendre en compte dans notre analyse des résultats. Le cadre des entretiens individuels de pair-aidance est fixé avec l'équipe de soins. Ce cadre change en fonction des services, des structures et des situation cliniques.

Les groupes d'entraide et les groupes de psychoéducation permettent de créer une dynamique différente entre les participants et favorisent les échanges. La psychoéducation est souvent effectuée en groupe avec plusieurs professionnels, généralement de professions différentes. Elle permet de rendre la personne concernée actrice de ses soins et de lui faire gagner en autonomie. Ces compétences psychoéducatives sont utilisées notamment pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et améliorer l'observance (56).

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme la vulgarisation sur les réseaux sociaux. Certains participants citent la création d'un réseau de personnes concernées sur les réseaux sociaux. Nous n'attendions pas certaines réponses comme le « Pilotage de stratégies institutionnelles », la « Représentation des usagers », les « Visites à domicile » entre autres. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme la coordination de formation et/ou de projet.

- Description de l'exercice professionnel des participants avec des partenaires :

#### Présence de pair-aidants :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Le tableau 5 décrit l'exercice des participants avec d'autres pair-aidants. 43,7 % des répondants ne travaillent pas avec d'autres pair-aidants contre 41,5 % des répondants qui sont en contact avec d'autres pair-aidants en réseau.

Dans votre activité principale, travaillez-vous avec au moins un pair-aidant ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Non	62	40 %	43.7 %
Oui en binôme	34	21.9 %	23.9 %
Oui en réseau	59	38.1 %	41.5 %
Total	155	100 %	109.2 %

**Tableau 5 : Exercice des participants avec d'autres pair-aidants**

3 répondants ont renseigné à la fois la modalité « Non » et « Oui ». Ces réponses montrent le manque de nuance dans la question. Ce type de réponse peut être expliqué par le fait que les personnes ayant renseigné cette case travaillent dans plusieurs structures. La présence d'un autre pair-aidant dépend de la structure d'exercice. Ceci peut être expliqué par le fait qu'en fonction de la situation rencontrée, des binômes de pair-aidants peuvent être constitués.

Présence d'équipes de soins :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Le tableau 6 décrit l'exercice des participants avec une équipe de soins. 49,3 % des répondants travaillent en réseau avec une équipe et 31 % travaillent en binôme contre 32,4 % qui ne travaillent pas avec une équipe de soins. Le travail en binôme permet d'établir un partenariat avec les pair-aidants.

Dans votre activité principale, travaillez-vous avec une équipe de soins ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Non	46	28.7 %	32.4 %
Oui en binôme	44	27.5 %	31 %
Oui en réseau	70	43.8 %	49.3 %
Total	160	100 %	112.7 %

**Tableau 6 : Exercice des participants avec une équipe de soins**

1 répondant a répondu à la fois une réponse « Non » et « Oui ». Nous pouvons faire la même remarque qu'au point précédent concernant la présence de pair-aidants.

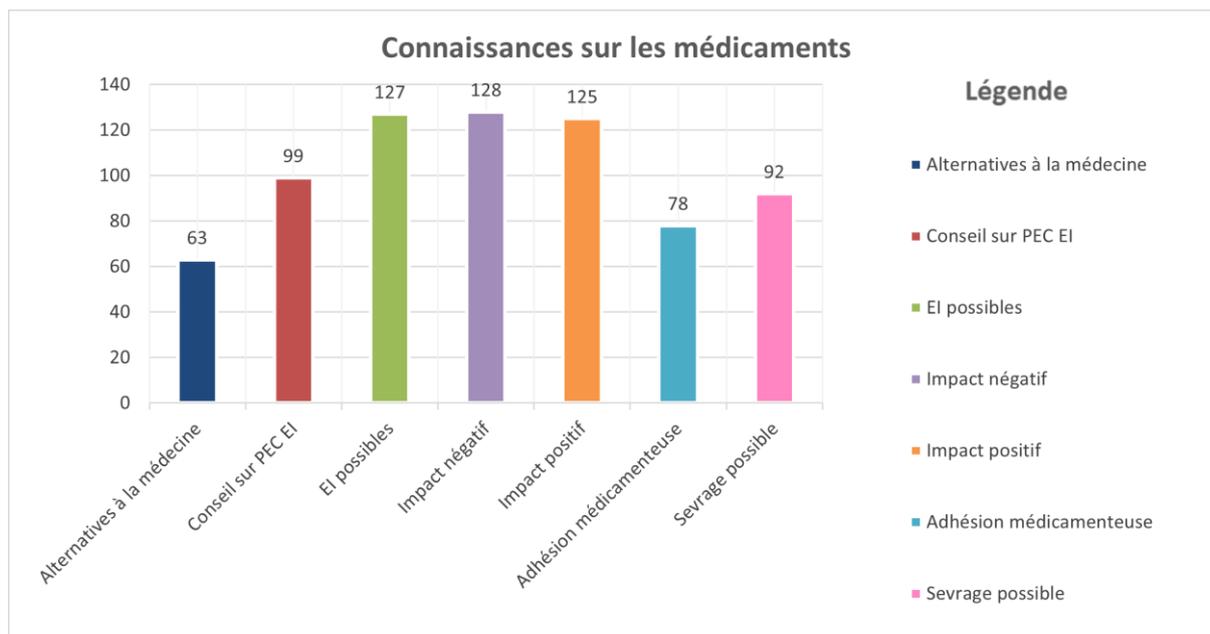
### 2.2.1.3) Etat des lieux des connaissances et de la formation des participants en matière de médicaments

- Connaissances sur l'utilisation de chaque classe médicamenteuse :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 61,3 % des participants connaissent l'utilisation de chaque classe médicamenteuse contre 38,7 %. Parmi les répondants ayant renseigné la modalité « Non », nous supposons que la question manquait de nuances supplémentaires. Il est possible de renseigner la modalité « Non » et de connaître la majorité des utilisations des classes médicamenteuses mais pas toutes.

- Connaissances en matière de médicaments :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Nous avons collecté au total 994 réponses, dont 712 « Oui », ce qui représente 71,6 % des réponses à cette question. La figure 7 représente les connaissances des participants en matière de médicaments. L'axe des abscisses représente le nombre de participants ayant renseigné la modalité « Oui ». L'axe des ordonnées représente les différents sujets en matière de médicaments proposés dans notre enquête. Dans la figure, l'abréviation « EI » signifie effets indésirables et le terme « PEC » signifie prise en charge. Le terme « Adhésion médicamenteuse » signifie les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse. Ici, parmi les 142 répondants, 128 ont des connaissances sur l'impact négatif, 127 sur les effets indésirables possibles et 125 sur l'impact positif des médicaments. Cela représente respectivement 90,1 %, 89,4 % et 88 % des participants.



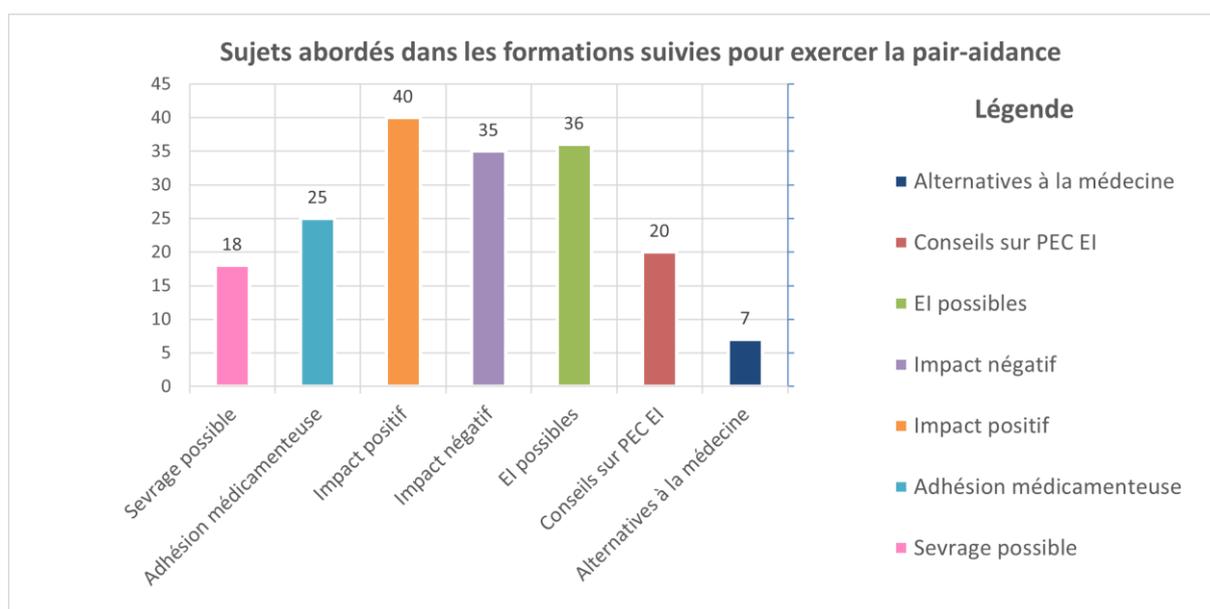
**Figure 7 : Connaissances des participants en matière de médicaments**

Nous constatons que la majorité des pair-aidants se sont renseignés sur les médicaments et sur différents aspects. Les conseils sur la prise en charge des effets indésirables et le sevrage représentent respectivement 69,7 % et 64,7 % des participants. Nous notons qu’aujourd’hui la question du sevrage et de la déprescription est d’actualité. Cette question touche les professionnels de santé et les personnes concernées qui témoignent de leur sevrage et de leur vie ensuite (148,149). Les sujets les moins connus sont les outils pour favoriser l’adhésion médicamenteuse et les alternatives à la médecine. Nous pouvons nous demander quels moyens sont utilisés par les participants pour s’informer sur les sujets suivants. Nous pouvons nous demander les motivations pour obtenir ces informations. Par exemple, est-ce que les participants se sont renseignés sur les effets indésirables et la prise en charge de ceux-ci car ils les vivaient personnellement ? Nous pointons également le rôle majeur des professionnels de santé et leur implication concernant l’information sur les effets indésirables possibles et les conseils sur leur prise en charge lors de leur apparition.

Nous verrons dans la partie 2.2.2.2) si le fait d’avoir suivi ou de suivre actuellement une formation a une influence sur les connaissances acquises par les pair-aidants.

- Enseignements en matière de médicaments dans les formations de pair-aidance :

68 participants à notre enquête sont concernés par les questions suivantes et tous y ont répondu. Cette question ne concerne pas les pair-aidants actuellement en formation car pendant la période de diffusion, les enseignements dispensés n'étaient pas tous terminés. La date de participation au questionnaire allait créer un biais entre participants d'une même formation. La figure 8 représente les sujets les plus fréquemment abordés dans les formations suivies pour exercer la pair-aidance. L'axe des abscisses représente le nombre de participants ayant renseigné la modalité « Oui ». L'axe des ordonnées représente les différents sujets en matière de médicaments proposés dans notre enquête. Parmi les 68 répondants, 40 ont un précisément un enseignement sur l'impact positif, 36 sur les effets indésirables possibles, 35 sur l'impact négatif. Cela représente respectivement 58,8 %, 52,9 % et 51,5 % des répondants à cette question.



**Figure 8 : Sujets abordés dans les formations suivies pour exercer la pair-aidance**

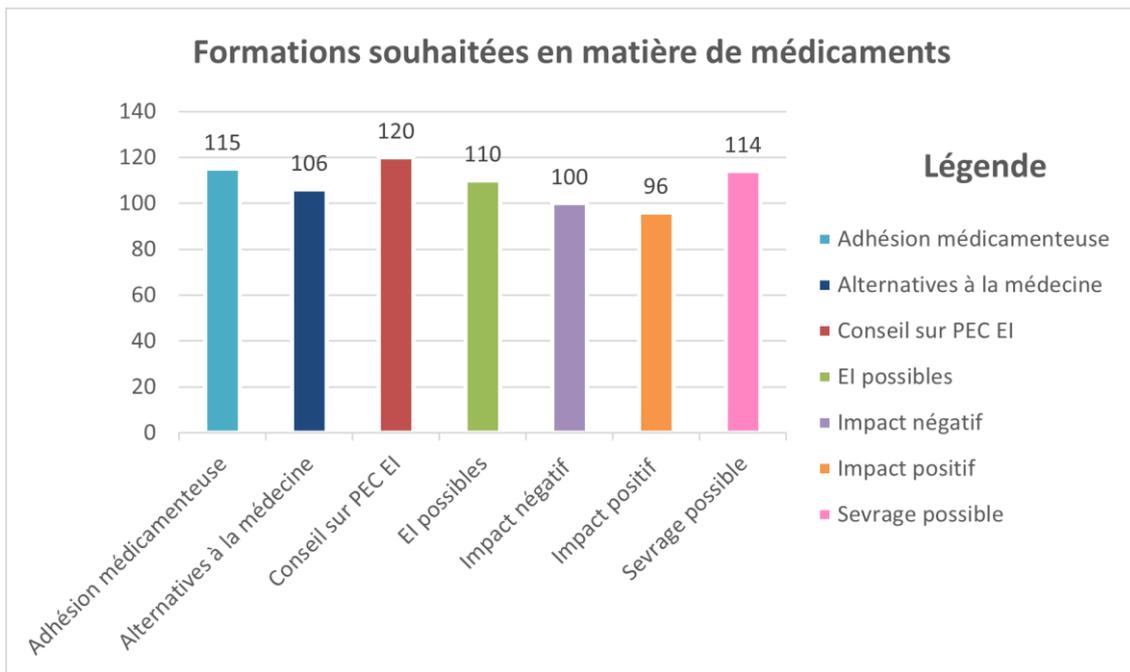
Au vu de la différence entre les connaissances des participants et les sujets abordés dans la formation, nous pensons que la formation pour exercer la pair-aidance n'est pas la principale source de connaissances des pair-aidants. Il serait intéressant de questionner les participants sur les moyens utilisés pour trouver des informations.

Certains sujets peuvent être abordés de façon transversale dans plusieurs enseignements et non spécifiquement dans un enseignement précis. Par exemple, pour le DU de Lyon, le seul enseignement magistral traitant spécifiquement des médicaments s'intitule « Traitements médicamenteux et décision médicale partagée ». Les sujets peuvent être également initiés par les étudiants lors d'interactions pendant les enseignements. Si c'est le cas, chaque promotion étant différente, nous ne pouvons déterminer si ces sujets sont abordés grâce au support pédagogique de l'intervenant, les interactions avec les étudiants ou les deux. Nous devons prendre en compte les contraintes universitaires dans l'analyse.

Certains sujets en matière de médicaments sont très peu abordés dans les formations comme les alternatives à la médecine et le sevrage.

- Souhaits concernant des formations sur les médicaments :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. La figure 9 représente les formations souhaitées par les 142 participants en matière de médicaments. L'axe des abscisses représente le nombre de participants ayant renseigné la modalité « Oui ». L'axe des ordonnées représente les différents sujets en matière de médicaments proposés dans notre enquête. 120 participants souhaitent une formation sur les conseils sur la prise en charge des effets indésirables, 115 sur les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse, 114 sur le sevrage. Cela représente respectivement 84,5 %, 81 % et 80,3 % des participants.



**Figure 9 : Formations souhaitées en matière de médicaments**

Nous remarquons que les participants sont volontaires pour en apprendre plus sur le sujet.

Nous verrons dans la partie 2.2.2.2) si le fait d'avoir suivi ou de suivre actuellement une formation a une influence sur les formations souhaitées.

#### 2.2.1.4) Etat des lieux de la pratique des participants en matière de médicaments

- Diagnostic(s) des personnes accompagnées :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 85,9 % des participants connaissent le diagnostic des personnes accompagnées contre 14,1 %. Nous pouvons envisager que les répondants ne connaissent pas le diagnostic des personnes accompagnées car ils n'ont pas accès au dossier médical ou qu'ils ne le demandent pas durant leur accompagnement.

### Type de diagnostics rencontrés :

Cette question est facultative. 21 répondants n'ont pas souhaité répondre à cette question. Le tableau 7 répertorie les différents types de diagnostics des personnes accompagnées par les répondants. Les diagnostics de troubles de l'humeur, des troubles psychotiques et des troubles anxieux représentent respectivement 23,9 %, 21,2 % et 19 % des réponses. Les participants ayant renseigné la modalité « Autres » citent les addictions, le TSPT, d'autres TND comme le TDAH entre autres.

Si oui, quel(s) type(s) de diagnostic avez-vous rencontré le plus souvent dans vos accompagnements ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Troubles de l'humeur (bipolarité cyclothymie etc.)	99	23.9 %	81.8 %
Troubles psychotiques (schizophrénie etc.)	88	21.2 %	72.7 %
Troubles anxieux	79	19 %	65.3 %
Troubles de la personnalité (borderline, antisociale etc.)	65	15.7 %	53.7 %
Troubles des conduites alimentaires (TCA)	32	7.7 %	26.4 %
Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	35	8.4 %	28.9 %
Autres	17	4.1 %	14 %
Total	415	100 %	343 %

**Tableau 7 : Types de diagnostic des personnes accompagnées**

Au vu du pourcentage total de répondants, les participants ont majoritairement renseigné plusieurs modalités. Cela veut donc dire qu'au cours de leur exercice les participants rencontrent des profils de personnes différentes. Cette hétérogénéité des diagnostics est un facteur pour penser que les participants accompagnent des personnes avec des médicaments des différentes classes thérapeutiques.

Certaines propositions de réponses sont mal orientées. Par exemple, des participants ont renseigné la case « Autres » pour citer la dépression car nous avons cité seulement les troubles bipolaires pour les troubles de l'humeur. Nous avons corrigé ce point pendant le pré-traitement des données. Les troubles de l'usage ont été omis dans les propositions de réponse même si c'est une comorbidité fréquente.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme les TND autres comme le TDAH, les troubles de l'usage/addictions. Nous n'attendions pas certaines réponses comme le retard mental et les maladies génétiques. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme le trouble schizo-affectif ou le TSPT.

- Sujets abordés en matière de médicaments dans leur pratique :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Nous précisons que le sujet des médicaments peut être abordé sans que le participant en soit à l'origine. 69 % soit 98 répondants abordent la question des médicaments dans leur pratique contre 31 %.

Les 98 répondants abordant la question des médicaments sont concernés par la question suivante. Cette question prend la forme d'un tableau composé de plusieurs colonnes et plusieurs lignes. Les 7 lignes représentent chaque sujet pouvant être abordé. Les colonnes définissent différents types d'acteurs à l'initiative de ce sujet : eux-mêmes en tant que pair-aidant, la personne concernée, l'équipe de soins, aucune des personnes citées et sujet non abordé. Une seule réponse est possible par ligne. Pour ce tableau, nous obtenons au total 686 réponses. Nous pouvons suspecter un biais de classement dû à la subjectivité des répondants. Le cadre général de cette question peut générer un biais : chaque accompagnement est différent et une seule réponse est possible par ligne. Amener certains sujets peut dépendre de plusieurs facteurs qui ne sont pas étudiés dans notre étude. Il peut être difficile aux participants de choisir une réponse plutôt qu'une autre.

Nous notons que nous ne savons pas les raisons et les circonstances concernant les 41 répondants qui n'abordent pas le sujet dans leur pratique professionnelle. Il serait intéressant d'étudier leurs raisons et leur mode d'exercice. Nous pouvons supposer que leur mode d'exercice ou que leurs missions en tant que pair-aidant ne leur permettent pas d'aborder cette question. Nous pouvons supposer qu'ils redirigent directement vers des professionnels de santé.

### Sujets à l'initiative du pair-aidant :

Le tableau 8 représente les sujets abordés à l'initiative des participants en tant que pair-aidant. Les sujets amenés par les participants représentent 35,1 % des réponses totales. Seuls 83 répondants ont au moins amené un sujet en matière de médicaments. 15 répondants abordent les médicaments dans leur pratique sans jamais débiter un seul sujet. Le sujet le plus fréquemment rencontré concerne les conseils sur la prise en charge des effets indésirables. L'impact positif et les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse sont aussi soulevés par les répondants.

Réponse possible (n=83)	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Conseils sur la prise en charge des effets indésirables	56	23.2 %	67.5 %
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse	40	16.6 %	48.2 %
Impact positif sur le quotidien	40	16.6 %	48.2 %
Informations sur les effets indésirables possibles	32	13.3 %	38.6 %
Informations sur le sevrage possible des médicaments	30	12.4 %	36.1 %
Informations sur les médecines alternatives	27	11.2 %	32.5 %
Impact négatif sur le quotidien	16	6.6 %	19.3 %
Total	241	100 %	290.4 %

**Tableau 8 : Sujets abordés en matière de médicaments à l'initiative des participants**

Les conseils sur la prise en charge des effets indésirables représentent 67,5 % des répondants, amené par le pair-aidant en réponse au vécu d'effets indésirables de la personne accompagnée. L'analyse des 2 variables en lien peut confirmer cette hypothèse. Nous pouvons nous demander quels sont les effets indésirables les plus souvent rapportés et les conseils donnés pour leur prise en charge. Il semble intéressant de connaître les motivations des participants pour initier ce sujet plus que les autres. Nous supposons que le fait de vivre au moins un effet indésirable sévère est un facteur favorisant pour aborder ce sujet. Ceci peut s'expliquer par le fait que vivre un effet indésirable sévère a un impact fort sur le quotidien. Celui-ci doit être limité et/ou pris en compte dans le quotidien de la personne. Par exemple, la sédation induite par les médicaments doit être prise en compte dans la vie sociale de la

personne concernée. Nous expliquerons dans la partie 2.2.2.1) si le fait d'avoir vécu au moins un effet indésirable sévère est lié au fait d'aborder ce sujet plus qu'un autre.

L'impact positif et les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse représentent chacun 48,2 % des répondants. L'impact positif peut être amené par les pair-aidants en réponse à l'impact négatif amené par la personne concernée. Ceci peut être considéré comme une sensibilisation à la notion de balance bénéfiques/risques en matière de médicaments. Les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse sont un levier pour parler de l'impact positif des médicaments. Ces outils peuvent prendre la forme de conseils pour mieux comprendre et aider la prise des médicaments. L'adhésion médicamenteuse est liée à un suivi optimal de la prescription. Si le médicament est bien suivi, cela permet d'optimiser la prise de médicaments et de limiter la survenue d'effets indésirables.

Un biais de désirabilité sociale et/ou de prévarication peuvent être suspectés pour certains sujets comme le sevrage possible des médicaments et l'impact négatif des médicaments. Ce sont des sujets qui peuvent être sous-évalués. Certaines conditions d'exercice peuvent entraver certains sujets abordés. Par exemple, il peut être plus difficile échanger sur l'impact négatif ou le sevrage des médicaments quand l'exercice se déroule dans une structure de psychiatrie. A l'inverse, il peut être plus aisé d'aborder ce sujet quand on ne travaille pas directement avec une équipe de soins. L'impact positif peut aussi être un sujet surévalué. En règle générale, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

#### Sujets à l'initiative de la personne concernée :

Le tableau 9 représente les sujets abordés à l'initiative des personnes accompagnées. Les sujets amenés par les personnes concernées représentent 31,2 % des réponses totales. Nous notons que 84 répondants abordent au moins un sujet en matière de médicaments initié par la personne concernée. Le sujet le plus souvent amené par les personnes concernées est l'impact négatif.

Réponse possible (n=84)	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Impact négatif sur le quotidien	73	34.1 %	86.9 %
Impact positif sur le quotidien	39	18.2 %	46.4 %
Informations sur les effets indésirables possibles	36	16.8 %	42.9 %
Informations sur le sevrage possible des médicaments	22	10.3 %	26.2 %
Informations sur les médecines alternatives	19	8.9 %	22.6 %
Conseils sur la prise en charge des effets indésirables	18	8.4 %	21.4 %
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse	7	3.3 %	8.3 %
Total	214	100 %	254.8 %

**Tableau 9 : Sujets abordés en matière de médicaments à l’initiative des personnes accompagnées**

Concernant les 14 répondants où les personnes concernées n’amènent jamais de sujets en matière de médicaments, cela ne veut pas dire que la question des médicaments n’est pas abordée dans la pratique. Dans ce cas, nous ne pouvons pas conclure que la personne concernée n’a jamais de questions en matière de médicaments.

L’impact négatif initié par les personnes concernées est une réponse donnée par 86,9 % des répondants. Nous pouvons dire que c’est un sujet récurrent et important pour les personnes concernées. Nous pouvons émettre plusieurs hypothèses concernant cette importance : besoin de se sentir moins isolées, manque d’informations sur ce sujet de la part des équipes de soins. Les effets indésirables des médicaments pouvant être sévères, les personnes peuvent ressentir le besoin de parler avec les pair-aidants de cette expérience. Ceci peut également montrer que les personnes n’osent pas demander ou ne trouvent pas de réponses durant leur prise en charge. Cette hypothèse rejoint le fait que les personnes concernées abordent souvent le sujet sur les effets indésirables possibles.

Sujets à l’initiative de l’équipe de soins :

Le tableau 10 représente les sujets abordés à l’initiative des équipes de soin. Les sujets amenés par les équipes de soins représentent 17,1 % des réponses totales. 53 répondants abordent au moins un sujet en matière de médicaments initié par l’équipe de soins. Les sujets

les plus souvent amenés par les équipes de soins sont les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et l'information sur le sevrage possible des médicaments.

Réponse possible (n=53)	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse	26	22.2 %	49.1 %
Informations sur le sevrage possible des médicaments	26	22.2 %	49.1 %
Informations sur les effets indésirables possibles	22	18.8 %	41.5 %
Impact positif sur le quotidien	17	14.5 %	32.1 %
Conseils sur la prise en charge des effets indésirables	15	12.8 %	28.3 %
Impact négatif sur le quotidien	7	6 %	13.2 %
Informations sur les médecines alternatives	4	3.4 %	7.5 %
Total	117	100 %	220.8 %

#### **Tableau 10 : Sujets abordés en matière de médicaments à l'initiative des équipes de soins**

Nous remarquons que les équipes abordent souvent le sujet en matière de sevrage et d'informations sur les effets indésirables. Les résultats montrent que dans l'échantillon certaines équipes de soins sont favorables à la déprescription et au sevrage.

Nous pouvons dire que les équipes de soins pensent aux pair-aidants sur certains aspects concernant les médicaments. Il serait intéressant de voir les conditions dans lesquelles les équipes initient ces sujets avec les participants. Par exemple, nous pourrions nous demander si les équipes sont présentes lorsque le pair-aidant aborde ces sujets avec la personne accompagnée. Nous pouvons nous demander quelles mesures sont prises à la suite de l'entretien avec le pair-aidant et l'impact de ces mesures sur l'adhésion médicamenteuse, les effets indésirables vécus.

Nous remarquons que les équipes de soins abordent peu de sujets en matière de médicaments. 45 répondants ont répondu que les équipes de soins n'initiaient jamais de sujets en matière de médicaments. Cela ne veut pas dire que la question des médicaments n'est pas abordée dans la pratique. Nous pouvons supposer que le cadre général de la question peut biaiser le nombre de répondants, les équipes peuvent parler de certains sujets en matière de médicaments dans des cas particuliers. Une seule réponse étant possible par ligne, il est possible que les équipes de soins soient sous représentées. Cet effectif peut être

expliqué par le fait que les équipes ne parlent pas de médicaments avec les participants. Les équipes abordent peut-être cette question dans des missions sans la présence du pair-aidant. Il serait intéressant de proposer une enquête à destination des professionnels de santé sur la place du pair-aidant en matière de médicaments. Cette enquête permettrait de connaître la pratique et le point de vue des équipes sur cette question.

#### Sujets à l'initiative d'autres personnes :

Les sujets abordés à l'initiative d'autres personnes représentent 2,3 % des réponses totales. Les sujets les plus abordés sont les alternatives à la médecine et les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse. Dans notre étude, nous ne pouvons pas définir le type d'acteur concerné. Nous pouvons supposer que l'entourage de la personne concernée peut jouer un rôle.

#### Sujets non abordés :

Les sujets non abordés représentent 14,3 % des réponses totales. Le sujet le moins abordé est les alternatives à la médecine puis les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse puis le sevrage qui concernent respectivement 42, 19 et 18 réponses au total.

- Documentation et ressource conseillées :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 44,4 % des participants conseillent une documentation concernant les médicaments contre 55,6 %. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les 44 répondants qui n'abordent pas les médicaments dans leur pratique ont renseigné la modalité « Non ».

#### Type de documentation/ressource conseillée :

Le tableau 11 représente la documentation et les ressources conseillées en matière de médicaments. Les participants conseillent le plus souvent : Psycom, d'autres ressources et le Vidal. Parmi les autres ressources citées, les participants citent de la documentation à destination de professionnels de santé ou de la documentation écrite par personnes concernées, des professionnels de santé, des associations pour les personnes concernées. Les participants citent également des documentations sur des problématiques spécifiques et le

sevrage. 8 répondants redirigent vers des professionnels de santé. Les professionnels cités sont les médecins psychiatres, le centre expert bipolaire ou des groupes de psychoéducation ou d’ETP. Aucun des répondants ne cite les pharmaciens.

Si oui, laquelle ou lesquelles ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Psycom	45	37.2 %	71.4 %
Autres	22	18.2 %	34.9 %
Vidal	20	16.5 %	31.7 %
Groupes sur les réseaux sociaux	19	15.7 %	30.2 %
Forums de discussion	13	10.7 %	20.6 %
Stahl	2	1.7 %	3.2 %
Total	121	100 %	192.1 %

**Tableau 11 : Documentation et ressources conseillées par les participants en matière de médicaments**

Parmi la documentation écrite par ou à destination de professionnels de santé, les participants citent le Réseau Psychiatrie Information Communication (PIC), la revue Prescrire et le site internet d’Igor Thiriez. Le Réseau PIC est un réseau de professionnels exerçant dans la santé mentale pour promouvoir l’ « information sur les médicaments en santé mentale ». L’objectif est d’instaurer un partenariat entre les différents acteurs, dont les usagers et leur famille (150). La revue Prescrire, éditée mensuellement, est une revue d’information sur les médicaments de toutes les classes thérapeutiques. Cette revue est à destination des professionnels de santé (151). Le site internet d’Igor Thiriez, médecin psychiatre, propose des fiches sur la santé mentale et la psychiatrie sur différents thèmes : informer et comprendre, ressentir, penser et agir, soigner et contraire et prescrire. Cette dernière catégorie propose des fiches sur des classes thérapeutiques (antidépresseurs), des effets indésirables (extrapyramidaux) ou des molécules spécifiques (aripiprazole) (152). Dans ces trois ressources, les termes utilisés peuvent être techniques.

Parmi les 4 répondants ayant cité des documents concernant le sevrage, il est cité le Manuel de sevrage des psychotropes, le projet Icarus. Le manuel de sevrage des psychotropes est un

livre écrit par plusieurs personnes concernées qui ont arrêté leur médicament psychotrope. Cet ouvrage a été pensé pour les personnes concernées et les professionnels de santé. Il a été rédigé dans le but d'apporter une « information claire, compréhensible et accessible concernant le fonctionnement des médicaments psychiatriques ». Les auteurs précisent que l'ouvrage n'a pas vocation à inciter le sevrage et insistent sur le fait que l'arrêt ne doit pas être fait sans l'accord du médecin. Il retranscrit les protocoles de sevrage en matière de benzodiazépines, antidépresseurs et neuroleptiques en proposant notamment la substitution par une autre forme galénique : la forme liquide (153).

Le projet Icarus est un réseau international d'entraide mutuelle en santé mentale qui promeut des alternatives thérapeutiques aux traitements conventionnels en psychiatrie. En 2012, le Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs est publié. La promotion d'alternatives est décrite comme le soutien entre pairs, l'herboristerie, l'homéopathie. Une partie développe les aspects négatifs des médicaments et propose des actions pour préparer le sevrage. Par exemple, les auteurs préconisent la rédaction des DAP avant l'interruption du traitement. Concernant l'arrêt, ils préconisent une interruption de 10 % de la dose prise toutes les 2 à 3 semaines. La place du pharmacien est évoquée notamment avec concernant les préparations pharmaceutiques et les formes liquides qui peuvent faciliter la diminution progressive des posologies (154).

Les associations citées sont l'association Underground Psychiatry, la Maison Perchée. L'association Underground Psychiatry est un collectif de soignants, de personnes en soins, de proches, d'artistes et de citoyens qui veulent que la souffrance psychique devienne l'affaire de tous. Leurs actions passent notamment par la promotion de l'Open Dialogue, méthode qui permet l'accompagnement des personnes concernées à chaque étape de leur parcours (155). La Maison Perchée est un lieu d'accueil non médicalisé pour les personnes concernées et leur entourage. La Maison perchée a été créée et fondée sur le principe de la pair-aidance car il a été pensé et construit par et pour des personnes concernées. L'association propose des guides sur les maladies qui abordent les différents traitements, dont les médicaments (156).

Les documents sur des problématiques spécifiques cités sont le Centre Régional des Agents Tératogènes (CRAT) ou des documents sur les Traitements Substitutifs aux Opiacés (TSO).

Concernant les groupes sur les réseaux sociaux qui correspondent à 19 réponses, il est possible que les groupes conseillés soient des groupes de personnes concernées. Il est possible que les informations dites dans ces groupes soient erronées. Nous pouvons envisager que les groupes sur ces réseaux sociaux peuvent être également des regroupements de professionnels de santé.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les ressources conseillées ont déjà été lues et comprises par les participants. Nous constatons qu'ils partagent des documentations spécialisées et souvent fiables car certaines sont écrites par ou en collaboration avec des professionnels de santé.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme le site d'Igor Thiriez, le réseau PIC. Nous n'attendions pas certaines réponses comme des documentations spécifiques au sevrage des médicaments et des ressources à destination des professionnels de santé. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme le site de l'association Raptor neuropsy (157), Doctissimo (158) ou passeportsante.net (159). Nous avons choisi ces sources car elles peuvent être connues du grand public ou spécifiques à la psychologie.

#### 2.2.1.5) Descriptif du vécu des participants en matière de médicaments

- Diagnostic(s) reçu(s) :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 91,5 % des participants ont reçu au moins un diagnostic psychiatrique contre 8,5 %. Certains répondants ont pu renseigner la modalité « Non » car ils n'ont pas été informé d'un diagnostic posé. Un biais de prévarication peut être suspecté car certains participants peuvent omettre volontairement leur diagnostic par peur d'être stigmatisé par exemple. En règle générale, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

### Type de diagnostics :

Cette question est facultative. 4 répondants n'ont pas souhaité répondre à cette question. Le tableau 12 représente les différents types de diagnostic reçus par les répondants. Les répondants sont surtout concernés par les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles psychotiques qui représentent respectivement 57,1 %, 34,9 %, 23 % des répondants. Le pourcentage des répondants étant supérieur à 100 %, les participants sont concernés par plusieurs types de diagnostics. Comme décrit dans la partie de types de diagnostic des personnes accompagnées, les répondants citent dans la modalité « Autres » les troubles de l'usage, les TSPT entre autres.

Par quel(s) type(s) de diagnostic êtes-vous concerné(e) ? (facultatif)	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Troubles de l'humeur (bipolarité cyclothymie etc.)	72	33 %	57.1 %
Troubles anxieux	44	20.2 %	34.9 %
Troubles psychotiques (schizophrénie etc.)	29	13.3 %	23 %
Troubles de la personnalité (borderline, antisociale etc.)	24	11 %	19 %
Troubles des conduites alimentaires (TCA)	21	9.6 %	16.7 %
Autres	15	6.9 %	11.9 %
Troubles du spectre de l'autisme (TSA)	13	6 %	10.3 %
Total	218	100 %	173 %

### **Tableau 12 : Types de diagnostic des participants**

Au vu du pourcentage total de répondants, les participants ont majoritairement renseigné plusieurs modalités. Comme les personnes accompagnées, les participants sont en majoritairement concernés par les troubles de l'humeur uni ou bipolaire. Chez les répondants, les autres types de diagnostics sont moins rencontrés en comparaison avec les personnes accompagnées. Un biais de prévarication peut être suspecté car certains participants peuvent omettre volontairement un type de diagnostic plus que d'autres. En règle générale, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme les TND autres comme le TDAH, la dyslexie, le TSPT, les troubles de l'usage/addictions. Nous n'attendions pas certaines réponses comme le terme « TSLA » qui représente les Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages qui comprend les troubles « dys » comme la dyslexie. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme le trouble schizo-affectif.

- Type de médicaments utilisés en psychiatrie expérimentés :

#### Prise au long cours :

La prise au long cours est scindée en deux questions : une question portant sur un traitement passé, une portant sur un traitement actuel. Tous les participants sont concernés et ont répondu à ces questions.

92,3 % des participants ont déjà pris dans le passé et 73,2 % des participants en prennent actuellement un médicament au long cours.

En majorité, les participants ont connu ou continuent la prise au long cours des médicaments. Nous pouvons nous demander si le fait de prendre actuellement un traitement est lié au fait d'aborder les médicaments dans sa pratique professionnelle.

#### Prise aiguë :

La prise aiguë est scindée en deux questions : une question portant sur un traitement passé, une portant sur un traitement actuel. Tous les participants sont concernés et ont répondu à ces questions.

95,1 % des participants ont déjà pris dans le passé un médicament en prise aiguë et 63,4 % des participants prennent actuellement un médicament de façon ponctuelle. Nous pouvons nous demander quelle est la fréquence de cette prise ponctuelle. Une prise ponctuelle peut être très variable.

Nous notons que 3,5 % des participants, soit 5 répondants, n'ont jamais pris de médicaments même ponctuellement. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces personnes n'ont pas reçu

de diagnostic psychiatrique. Il serait intéressant de comprendre leur parcours et leurs motivations pour exercer la pair-aidance.

- Impact des médicaments sur le quotidien :

La question du vécu d'effets indésirables concerne tous les participants. Tous ont répondu à cette question. 90,8 % ont vécu au moins un effet indésirable, ce qui représente 129 répondants.

Sévérité des effets indésirables expérimentés :

Cette question concerne seulement les 129 répondants précédents. L'étendue des valeurs est comprise de 0 à 10. La moyenne est à 7,5 et la médiane est à 8. Les participants ont vécu en majorité au moins un effet indésirable sévère, c'est-à-dire supérieur ou égal à 8.

Nous notons que la question concerne un seul effet indésirable même s'ils en avaient vécu plusieurs. Le choix se portait sur l'effet indésirable le plus sévère. La formulation de la question crée un biais de sélection : nous sélectionnons les effets les plus sévères, il est donc normal que la moyenne des valeurs soit élevée. Dans une future étude, nous pourrions demander aux participants de citer plusieurs effets indésirables vécus et de noter sa sévérité en fonction de chaque effet vécu.

Nous devons prendre en compte aussi les représentations des participants et de leur entourage en matière de médicaments. Nous pouvons considérer que les effets indésirables vécus peuvent être surévalués à cause de la stigmatisation des troubles psychiques et la représentation défavorable des médicaments utilisés en psychiatrie. Cette représentation peut causer un effet nocebo, c'est-à-dire qu'une molécule peut être dommageable à l'individu à cause de facteurs psychologiques.

Nous devons également considérer que le terme « effet secondaire » ne signifie pas forcément que cet effet est indésirable. Certains effets induits par un médicament peuvent être bénéfiques. Au vu des réponses des participants concernant les effets induits, nous jugeons cette remarque anecdotique.

### Professionnels de santé et prise en charge des effets indésirables :

Cette question concerne seulement les 129 répondants précédents. 49,6 % des répondants ont pu être conseillés par un professionnel de santé pour prendre en charge cet effet indésirable.

Nous constatons que cette question s'adresse à l'effet indésirable noté précédemment. Nous pouvons émettre l'hypothèse que si l'effet était visible et/ou dangereux, les professionnels de santé ont pris en compte la demande des répondants. Nous pouvons envisager que les répondants ayant vécu des effets indésirables sévères mais non-dangereux, leurs demandes ont été moins bien prises en compte. Nous supposons également que certains effets indésirables n'ont pas été abordés avec un professionnel de santé pour diverses raisons comme la honte.

### Impact positif :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 81 % des participants, soit 115 personnes, pensent que les médicaments ont amélioré leur quotidien contre 19 %.

Les 115 répondants ont pu définir l'aide des médicaments dans leur quotidien. Le tableau 13 répertorie les résultats concernant l'amélioration du quotidien des participants. Les modalités les plus renseignées sont diminuer/stabiliser les symptômes, améliorer la qualité de vie et (re)trouver un emploi qui représentent respectivement 38,8 %, 26,6 % et 11,5 % des réponses.

Comment les médicaments ont amélioré votre quotidien ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Diminuer/stabiliser les symptômes	108	39.1 %	93.9 %
Améliorer la qualité de vie	74	26.8 %	64.3 %
Éviter l'isolement social	36	13 %	31.3 %
(Re)trouver un emploi	32	11.6 %	27.8 %
Améliorer l'état physique	26	9.4 %	22.6 %
Total	276	100 %	241.7 %

**Tableau 13 : Amélioration du quotidien des participants à l'aide de médicaments utilisés en psychiatrie**

Au vu du nombre de répondants, les répondants ont parfois renseigné plusieurs modalités. Nous notons que 93,9 % des répondants ont renseigné la modalité « Diminuer/stabiliser les symptômes ». Nous pouvons dire que, même si les médicaments sont pourvoyeurs des effets indésirables, les participants ressentent des améliorations. 64,3 % des participants ont renseigné la modalité « Améliorer la qualité de vie ».

Nous pouvons noter que les réponses proposées peuvent biaiser les réponses. Nos propositions de réponse ne permettent pas aux participants de ne pas se prononcer. Nous constatons que tous les participants ont répondu à cette question même ceux n'ayant jamais pris de médicaments. Un biais de désirabilité sociale ou de prévarication peuvent être suspectés : les participants peuvent renseigner la modalité « Oui » pour ne pas donner leur point de vue. Une troisième réponse « Ne se prononce pas » aurait pu être proposée. En règle générale, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme « Réguler mes humeurs » que nous avons noté comme « Apaiser mes symptômes ». Nous n'attendions pas certaines réponses comme retrouver de la confiance en soi, l'affirmation de soi. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme le lien avec la famille, la reprise du sport.

#### Impact négatif :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 65,5 % d'entre eux pensent que les médicaments n'ont pas limité leur quotidien.

Les 93 répondants ont pu définir les limitations des médicaments dans leur quotidien. Le tableau 14 répertorie les résultats concernant la limitation du quotidien des participants. Les modalités les plus renseignées sont diminuer l'état physique et dégrader la qualité de vie qui représentent respectivement 37,4 % et 27 % des réponses. Parmi les réponses « Autres », nous retrouvons les dégradations des fonctions cognitives et des problématiques spécifiques. Parmi celles-ci, les participants citent une « Restriction de libertés » et des « Contraintes multiples et infantilisantes ».

Comment les médicaments ont limité votre quotidien ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Diminuer l'état physique	79	37.4 %	84.9 %
Dégrader la qualité de vie	57	27 %	61.3 %
Accentuer l'isolement social	35	16.6 %	37.6 %
Accentuer les symptômes	19	9 %	20.4 %
Perdre un emploi	15	7.1 %	16.1 %
Autres	5	2.4 %	5.4 %
Dégrader la qualité de vie	1	0.5 %	1.1 %
Total	211	100 %	226.9 %

**Tableau 14 : Limitation du quotidien des participants à cause de médicaments utilisés en psychiatrie**

Au vu du nombre de répondants, les répondants ont parfois renseigné plusieurs modalités. Nous notons que 84,9 % des répondants ont vu leur état physique diminuer, c'est-à-dire qu'ils ont vécu des effets indésirables somatiques à cause des médicaments.

Nous devons prendre en compte que la majorité des réponses « Autres » ont permis aux répondants de décrire et d'exprimer leur expérience. Le nombre de modalité « Autres » renseignées montrent que les participants ont envie de s'exprimer sur le sujet des effets indésirables. Certains citent des expériences difficiles notamment des « restrictions de liberté ». Ces contraintes peuvent être dues aux médicaments avec des réglementations spécifiques comme les TSO ou aux programmes de soins sans consentement. Ces expériences peuvent influencer l'opinion des répondants en matière de médicaments, les sujets abordés et peut-être leur pratique professionnelle. Nous nous intéressons aux sujets évoqués à l'initiative des pair-aidants parmi ceux ayant vécu des effets indésirables sévères dans la partie 2.2.2.1).

Nous notons que les réponses proposées sont orientées. Nos propositions de réponse ne permettent pas aux participants de ne pas se prononcer. Nous constatons que tous les participants ont répondu à cette question même ceux n'ayant jamais pris de médicaments. Un biais de désirabilité sociale ou de prévarication peuvent être suspectés. Les participants peuvent renseigner la modalité « Non » pour ne pas avouer leur point de vue. Cette hypothèse

peut être renforcée par la proportion de participants ayant vécu des effets indésirables sévères. Cependant, la question traite d'un seul effet indésirable vécu et pas de l'ensemble vécus sur un parcours de soins. Une limitation sévère vécue pendant une période donnée ne veut pas dire que le quotidien est globalement limité. Dans tous les cas, une troisième réponse « Ne se prononce pas » aurait pu être proposée. En règle générale, concernant le biais de désirabilité sociale et de prévarication, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme les pathologies somatiques induites, l'arrêt du sport. Nous n'attendions pas certaines réponses comme la dégradation des fonctions cognitives, les difficultés liées à la restriction de libertés, les contraintes liées à des traitements spécifiques comme les TSO, l'impact sur les études supérieures. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme les ruptures familiales. Les participants utilisent la modalité « Autres » pour décrire le type d'effets indésirables expérimentés et les conséquences sur leur quotidien. Ils décrivent certains effets comme un handicap. L'expérience d'effets indésirables et la prise en charge de ceux-ci est un élément important à prendre en compte dans la prise en charge des personnes concernées. Notre étude ne nous permet pas de comprendre précisément l'influence de cette expérience sur les participants en termes de vécu et dans leur pratique professionnelle.

- Vécu sur le rétablissement :

#### Rétablissement et traitement au long cours :

Cette question concerne les répondants ayant pris un médicament utilisé en psychiatrie dans le passé. Cette question ne concerne pas 11 répondants. Parmi les 131 répondants, 86,3 % pensent que les médicaments en prise au long cours les ont aidés contre 13,7 %. Les résultats à cette question se rapprochent des réponses obtenues pour l'impact positif des médicaments sur le quotidien. Nous constatons que même si la majorité des participants ont expérimenté des effets indésirables, même sévères, ils trouvent que les médicaments les ont aidés.

### Rétablissement et traitement aigu :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 69,7 % pensent que les traitements aigus les ont aidés dans leur rétablissement contre 24,6 %. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les classes thérapeutiques ou les posologies utilisées pour les traitements aigus sont responsables d'effets indésirables plus fréquents et/ou sévères.

5,6 % participants, soit 8 d'entre eux, n'ont jamais pris de médicaments même ponctuellement. Ces derniers résultats ne correspondent pas aux résultats trouvés précédemment. Nous pouvons supposer que certains répondants se sont trompés de cases.

### Rétablissement et alternatives à la médecine :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. 43,7 % pensent que les alternatives à la médecine les ont aidés pour leur rétablissement contre 22,5 %. Nous constatons que 33,8 % des participants, soit 48 répondants, n'ont jamais utilisé les alternatives à la médecine pour les aider. Nous rappelons que les alternatives à la médecine citées sont l'homéopathie, l'aromathérapie et la phytothérapie exclusivement. Ces thérapeutiques peuvent générer des effets indésirables et des interactions médicamenteuses mais, certaines sont reconnues comme utiles pour des symptômes légers à modérés. Par exemple, la valériane est reconnue comme utile pour soulager la nervosité et facilite l'endormissement (160).

- Parcours de soins des participants :

### Type de professionnels rencontrés :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à cette question. Le tableau 15 répertorie les types de professionnels rencontrés durant leur parcours de soins. Psychiatre, psychologue et médecine généraliste correspondent respectivement à 19,5 %, 19,1 % et 18,7 % des réponses totales des participants. Les réponses « autres », nous retrouvons des professions non-inscrites dans le Code de la Santé Publique (CSP) et d'autres professions inscrites au registre Automatisation Des Listes (ADELI) (161).

Quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous déjà rencontré durant votre parcours de soins ?	N	Pourcentage de réponses	Pourcentage de répondants
Psychiatre	136	19.5 %	96.5 %
Psychologue	133	19.1 %	94.3 %
Médecin généraliste	130	18.7 %	92.2 %
Infirmier	117	16.8 %	83 %
Pharmacien	95	13.6 %	67.4 %
Pair-aidant	51	7.3 %	36.2 %
Autres	34	4.9 %	24.1 %
Total	696	100 %	493.6 %

**Tableau 15 : Type de professionnels de santé rencontrés dans le parcours de soins des participants**

Au vu du nombre total de répondants, nous constatons que la prise en charge des participants est pluridisciplinaire. Plus de 90 % des répondants ont répondu psychiatre, psychologue et médecin généraliste, acteurs importants dans la prise en charge des troubles psychiques. Nous notons que la modalité « Neuropsychologue » a été encodée comme « Psychologue ».

Nous constatons que seuls 67,4 % des répondants ont renseigné la modalité pharmacien alors que nous avons décrit précédemment que la majorité des participants prenant un traitement. Cette faible proportion fait penser soit à une prise de médicaments exclusivement hospitalière. Cette option est envisageable en grande partie pour les traitements ponctuels. Nous suspectons un biais de mémorisation car, le pharmacien n'est pas considéré comme un acteur primordial de la prise en charge des troubles psychiques.

La proportion des professions non reconnues par le CSP comme les praticiens de pratiques alternatives peut être surévaluée. Notre enquête traite des alternatives à la médecine qui peuvent être liées à des pratiques alternatives.

En comparaison à la grille des réponses attendues et avant le pré-traitement des données, nous obtenons des réponses similaires comme les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les éducateurs spécialisés. Nous n'attendions pas certaines réponses comme les professions non reconnues par le CSP entre autres. Nous citons plusieurs réponses qui n'ont pas été citées par les participants comme les préparateurs en pharmacie.

### Informations et conseils sur la prise en charge des effets indésirables dans le parcours de soins :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à ces 2 questions.

La première question porte sur les informations sur les effets indésirables possibles durant le parcours de soins. Nous ne citons aucun acteur de la prise en charge en particulier. 77,5 % pensent que l'information est insuffisante sur les effets indésirables possibles contre 22,5 %.

La deuxième question porte sur les conseils sur la prise en charge des effets indésirables. 83,1 % pensent que les conseils sur la prise en charge des effets indésirables sont insuffisants contre 16,9 %.

Nous notons que tous les participants sont concernés par cette question même ceux n'ayant pas pris de médicaments utilisés en psychiatrie.

Ces résultats semblent paradoxaux. Les résultats concernant la prise en charge des effets indésirables vécus par les participants montrent que 49,6 % des répondants ont pu être conseillés. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les conseils donnés étaient insuffisants, inadaptés ou trop tardifs. Il serait pertinent d'évaluer la durée entre la notification d'un effet indésirable par les participants et sa prise en charge effective. Nous pensons que le temps entre la notification et la prise en charge effective peut être long. Notre enquête ne présume pas non plus le nombre de professionnels consulté avant la prise en charge effective de l'effet indésirable. Cette question est globale et concerne l'ensemble de la prise en charge des participants.

### Place du pharmacien d'officine :

Tous les participants sont concernés et ont répondu à ces 2 questions.

La première question porte sur le pharmacien d'officine et les informations données sur les médicaments. 69 % répondent que le pharmacien ne communique pas d'informations en matière de médicaments contre 31 %.

La deuxième porte sur le pharmacien d'officine et les réponses aux questions en matière de médicaments posées par les participants. 54,2 % renseignent la modalité « Oui », c'est-à-dire que le pharmacien répond à leurs interrogations quand ils en ont contre 45,8 %.

Dans les suggestions à la fin, un répondant remarque que les officines sont des endroits peu discrets et qu'il était difficile pour lui d'échanger sur son médicament. Nous pouvons émettre l'hypothèse que certains répondants ont eu des difficultés à répondre à la deuxième question car l'officine manque d'espaces de confidentialité.

Nous notons que tous les participants sont concernés par cette question même ceux n'ayant pas pris de médicaments utilisés en psychiatrie. Nous pouvons nous demander si les répondants n'ayant jamais pris de médicaments se rendent en officine pour être conseillés sur leur trouble psychique.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les pharmaciens officinaux n'ont pas l'initiative de questionner les participants sur leur prise médicamenteuse. Ceci peut s'expliquer par le manque de réactualisation de connaissances sur les troubles psychiques et l'accompagnement de ceux-ci. Néanmoins, ils connaissent les médicaments car les pharmaciens peuvent répondre aux questionnements des participants.

Nous pouvons difficilement comparer et analyser les résultats à ces deux questions. Nous pouvons l'expliquer par différentes raisons : la typologie différente entre officines, les différentes personnes délivrant au comptoir. Nous supposons que la typologie de l'officine et l'affluence à ce moment-là peuvent modifier le temps passé et les informations données au comptoir. Il est important de noter que différents professionnels sont présents à l'officine et qu'il est possible qu'ils ne soient pas pris en charge par la même personne à l'officine. Nous supposons aussi que les participants peuvent régulièrement changer d'officine, ce qui ne permet pas de comparer les réponses entre elles. Dans un premier temps, nous pourrions les questionner sur le nombre d'officine qu'ils fréquentent en tant que personnes concernées.

## 2.2.2) Analyse de variables importantes

### 2.2.2.1) Lien entre effets indésirables sévères et les sujets abordés à l'initiative du pair-aidant

Nous voulons savoir si les pair-aidants ayant au moins un effet indésirable sévère initiaient certains sujets plus que d'autres en matière de médicaments. Nous considérons que les effets

indésirables sévères correspondent à des effets limitant grandement le quotidien. Nous ne spécifions pas le type de limitations expérimentées. Les participants ayant renseigné la valeur 8, 9 et 10 sont sélectionnés comme ceux ayant vécu des effets indésirables sévères.

Nous avons deux variables qui sont la sévérité des effets indésirables vécus et les différents sujets amenés par le pair-aidant. En fonction de celles-ci, nous obtenons le tableau 16 qui représente les sujets abordés à l'initiative des participants parmi ceux ayant vécu un effet indésirable sévère.

Sujet abordé à l'initiative du pair-aidant	Pourcentage parmi les PA ayant vécu au moins un effet indésirable non sévère	Pourcentage parmi les PA ayant vécu au moins un effet indésirable sévère
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse	38.5	44.6
Informations sur le sevrage possible des médicaments	25.6	33.9
Informations sur les médecines alternatives	25.6	28.6
<b>Conseils sur la prise en charge des effets indésirables</b>	<b>48.7</b>	<b>62.5</b>
Informations sur les effets indésirables possibles	28.2	35.7
Impact négatif sur le quotidien	20.5	14.3
Impact positif sur le quotidien	35.9	42.9
<b>Nombre</b>	<b>39.0</b>	<b>56.0</b>

**Tableau 16 : Sujets abordés à l'initiative des participants parmi ceux ayant vécu un effet indésirable**

Les sujets les plus abordés par les personnes ayant vécu un effet indésirable sévère sont les conseils sur la prise en charge des effets indésirables (62,5 %) puis, les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse puis, l'impact positif des médicaments. Le sujet le moins abordé est l'impact négatif des médicaments. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les pair-aidants ont pris du recul sur les expériences négatives qu'ils ont pu vivre notamment par la prise en charge de leur propre effet indésirable. Cette hypothèse peut être également confirmée par le fait que les pair-aidants ayant vécu un effet indésirable sévère abordent plus l'impact positif des médicaments.

Nous nous intéressons au sujet des conseils sur la prise en charge des effets indésirables car, il est largement abordé dans les deux groupes. De plus, la différence entre les deux populations est également la plus importante. 63 % des pair-aidants ayant vécu un effet indésirable amènent ce sujet. Nous cherchons à savoir si le fait d'initier ce sujet est lié au fait d'avoir vécu des effets indésirables sévères. Nous utilisons un test du khi-deux d'indépendance. L'hypothèse nulle de notre test est qu'aborder les conseils sur la prise en charge des effets indésirables est indépendant du vécu d'effets indésirables sévères. L'hypothèse alternative est que ces deux variables sont liées. Le tableau 17 représente l'analyse statistique effectuée pour savoir si les deux variables sont indépendantes. La colonne « Non » représente les répondants n'ayant pas vécu d'effet indésirable sévère et la colonne « Oui » représente les répondants en ayant vécu un.

Sujet sur les conseils sur la prise en charge des effets indésirables abordé à l'initiative du pair-aidant				
	Non	Oui	Total	p-valeur <sup>1</sup>
Effet indésirable sévère (côté de 8 à 10 à la question précédente)				<u>0.2</u>
Non	20 (51.3 % %)	19 (48.7 % %)	39 (100.0 % %)	
Oui	21 (37.5 % %)	35 (62.5 % %)	56 (100.0 % %)	
Total	41 (43.2 % %)	54 (56.8 % %)	95 (100.0 % %)	

<sup>1</sup> test du khi-deux d'indépendance

**Tableau 17 : Participants ayant vécu au moins un effet indésirable sévère parmi ceux initiant le sujet des conseils sur la prise en charge des effets indésirables**

Nous obtenons une p-valeur du test de 0,2. Dans ce cas, nous ne pouvons pas conclure que le test est significatif et que nos deux variables sont liées. Cependant, la p-valeur nous permet de dire qu'il y a une tendance et que les résultats doivent être pris en compte dans notre analyse. Pour conclure à un test significatif, il faudrait inclure plus de participants. Notre étude cible une population large. Nous obtenons une population de participants très hétérogène. La conséquence est que les effectifs dans chaque groupe sont très faibles.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le fait d'avoir vécu des effets indésirables sévères a permis aux répondants d'acquérir des outils et des connaissances à ce propos. Ces conseils ont pu être un levier vers le rétablissement des répondants concernés et peuvent aider les

personnes accompagnées. Cette hypothèse pourrait être vérifiée en étudiant les connaissances des participants ayant vécu des effets indésirables sévères.

#### 2.2.2.2) Lien entre formation et souhaits de formation et connaissances en matière de médicaments

Nous définissons 3 groupes de participants : les personnes ayant suivi une formation dans le passé, celles suivant actuellement une formation et celles ne suivant pas de formations. 68 répondants constituent le premier groupe, 40 constituent le second et 34 constituent le dernier groupe.

- Analyse des souhaits de formation entre les différents groupes :

Nous souhaitons savoir s'il existe un lien entre le statut de la formation et le souhait de formations en matière de médicaments. Pour ce faire, nous réalisons un test exact de Fisher et un test du khi-deux d'indépendance. Nous cherchons à savoir si le statut de la formation est lié au fait de vouloir une formation spécifique en matière de médicaments. L'hypothèse nulle de notre test est que de vouloir une formation supplémentaire n'est pas lié au statut de la formation. Nous testons chacun des 7 sujets définis au préalable. Nous obtenons une p-valeur pour chacun des tests réalisés. Le tableau 18 représente les résultats de l'analyse effectuée entre les différentes formations possibles en matière de médicaments et les 3 différents groupes constitués.

Caractéristique	Total, N = 142 <sup>1</sup>	Non, N = 34 <sup>1</sup>	Oui, actuellement, N = 40 <sup>1</sup>	Oui, dans le passé, N = 68 <sup>1</sup>	p-valeur <sup>2</sup>
Impact positif sur le quotidien des médicaments utilisés en psychiatrie (formation souhaitée sur ce sujet)					0.5
<i>Non</i>	46 (32.4 %)	14 (41.2 %)	12 (30.0 %)	20 (29.4 %)	
<i>Oui</i>	96 (67.6 %)	20 (58.8 %)	28 (70.0 %)	48 (70.6 %)	
Impact négatif sur le quotidien des médicaments utilisés en psychiatrie (formation souhaitée sur ce sujet)					0.9
<i>Non</i>	42 (29.6 %)	11 (32.4 %)	12 (30.0 %)	19 (27.9 %)	
<i>Oui</i>	100 (70.4 %)	23 (67.6 %)	28 (70.0 %)	49 (72.1 %)	
Informations sur les effets indésirables possibles des médicaments utilisés en psychiatrie (formation souhaitée sur ce sujet)					0.5
<i>Non</i>	32 (22.5 %)	10 (29.4 %)	9 (22.5 %)	13 (19.1 %)	
<i>Oui</i>	110 (77.5 %)	24 (70.6 %)	31 (77.5 %)	55 (80.9 %)	
Conseil sur la prise en charge des effets indésirables des médicaments utilisés en psychiatrie (formation souhaitée sur ce sujet)					<u>0.10</u>
<i>Non</i>	22 (15.5 %)	9 (26.5 %)	6 (15.0 %)	7 (10.3 %)	
<i>Oui</i>	120 (84.5 %)	25 (73.5 %)	34 (85.0 %)	61 (89.7 %)	
Informations sur le sevrage possible des médicaments utilisés en psychiatrie (formation souhaitée sur ce sujet)					0.4
<i>Non</i>	28 (19.7 %)	8 (23.5 %)	10 (25.0 %)	10 (14.7 %)	
<i>Oui</i>	114 (80.3 %)	26 (76.5 %)	30 (75.0 %)	58 (85.3 %)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> test du khi-deux d'indépendance

**Tableau 18 : Formations souhaitées en matière de médicaments en fonction du statut de la formation**

Caractéristique	Total, N = 142 <sup>1</sup>	Non, N = 34 <sup>1</sup>	Oui, actuellement, N = 40 <sup>1</sup>	Oui, dans le passé, N = 68 <sup>1</sup>	p-valeur <sup>2</sup>
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse (formation souhaitée sur ce sujet)					0.004
<i>Non</i>	27 (19.0 %)	13 (38.2 %)	6 (15.0 %)	8 (11.8 %)	
<i>Oui</i>	115 (81.0 %)	21 (61.8 %)	34 (85.0 %)	60 (88.2 %)	
Informations sur les médecines alternatives (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement) (formation souhaitée sur ce sujet)					0.3
<i>Non</i>	36 (25.4 %)	11 (32.4 %)	12 (30.0 %)	13 (19.1 %)	
<i>Oui</i>	106 (74.6 %)	23 (67.6 %)	28 (70.0 %)	55 (80.9 %)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> test du khi-deux d'indépendance

### Tableau 18 : Formations souhaitées en matière de médicaments en fonction du statut de la formation (suite)

Nous obtenons une seule p-valeur inférieure ou égale à 0,05 qui concerne le sujet des outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse. Nous pouvons conclure que le fait d'avoir suivi une formation dans le passé est lié au fait de souhaiter avoir une formation complémentaire sur ce sujet. Les résultats peuvent s'expliquer par le recul et l'expérience de ces participants formés dans le passé. Nous pouvons envisager que dans leur pratique c'est un sujet qui est abordé fréquemment. Cela peut être un sujet où ils sont beaucoup sollicités. Pour rappel, ce sujet est souvent initié par les équipes de soins. Pour vérifier cette hypothèse, il faudrait dans ce groupe analyser en détails les sujets abordés dans leur pratique professionnelle.

Nous obtenons une p-valeur comprise entre 0.05 et 0.2 qui concerne le sujet des conseils sur la prise en charge des effets secondaires. Les résultats ne sont pas significatifs mais montrent une tendance que les personnes ayant suivi une formation souhaiteraient une formation sur ce sujet. Nous notons que la différence entre chaque groupe est assez faible. Pour obtenir des résultats significatifs, il faudrait inclure plus de participants n'ayant pas suivi de formation et/ou des personnes actuellement en formation. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les

formations actuelles ne sont pas suffisantes pour accompagner les pair-aidants dans leur pratique professionnelle actuelle.

- Analyse des connaissances entre les différents groupes :

Nous souhaitons savoir s’il existe un lien entre le statut de la formation et les connaissances en matière de médicaments. Pour ce faire, nous réalisons un test du khi-deux d’indépendance. Nous cherchons à savoir si le statut de la formation est lié au fait de connaître certains sujets en matière de médicaments. L’hypothèse nulle de notre test est que le fait de connaître un sujet n’est pas lié au statut de la formation. Nous testons chacun des 7 sujets définis au préalable. Nous obtenons une p-valeur pour chacun des tests réalisés. Le tableau 18 représente les résultats de l’analyse effectuée entre les différentes connaissances possibles en matière de médicaments et les 3 différents groupes constitués.

Caractéristique	Total, N = 142 <sup>1</sup>	Non, N = 34 <sup>1</sup>	Oui, actuellement, N = 40 <sup>1</sup>	Oui, dans le passé, N = 68 <sup>1</sup>	p-valeur <sup>2</sup>
Impact positif sur le quotidien des médicaments utilisés en psychiatrie (connaissances)					>0.9
<i>Non</i>	17 (12.0 %)	4 (11.8 %)	5 (12.5 %)	8 (11.8 %)	
<i>Oui</i>	125 (88.0 %)	30 (88.2 %)	35 (87.5 %)	60 (88.2 %)	
Impact négatif sur le quotidien des médicaments utilisés en psychiatrie (connaissances)					>0.9
<i>Non</i>	14 (9.9 %)	3 (8.8 %)	4 (10.0 %)	7 (10.3 %)	
<i>Oui</i>	128 (90.1 %)	31 (91.2 %)	36 (90.0 %)	61 (89.7 %)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> test exact de Fisher ; test du khi-deux d'indépendance

**Tableau 19 : Connaissances en matière de médicaments en fonction du statut de la formation**

Caractéristique	Total, N = 142 <sup>1</sup>	Non, N = 34 <sup>1</sup>	Oui, actuellement, N = 40 <sup>1</sup>	Oui, dans le passé, N = 68 <sup>1</sup>	p-valeur <sup>2</sup>
Effets indésirables possibles des médicaments utilisés en psychiatrie (connaissances)					0.6
<i>Non</i>	15 (10.6 %)	2 (5.9 %)	5 (12.5 %)	8 (11.8 %)	
<i>Oui</i>	127 (89.4 %)	32 (94.1 %)	35 (87.5 %)	60 (88.2 %)	
Conseils sur la prise en charge des effets indésirables des médicaments utilisés en psychiatrie (connaissances)					0.4
<i>Non</i>	43 (30.3 %)	12 (35.3 %)	14 (35.0 %)	17 (25.0 %)	
<i>Oui</i>	99 (69.7 %)	22 (64.7 %)	26 (65.0 %)	51 (75.0 %)	
Informations sur le sevrage possible des médicaments utilisés en psychiatrie (connaissances)					0.9
<i>Non</i>	50 (35.2 %)	13 (38.2 %)	13 (32.5 %)	24 (35.3 %)	
<i>Oui</i>	92 (64.8 %)	21 (61.8 %)	27 (67.5 %)	44 (64.7 %)	
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse (connaissances)					<b>0.002</b>
<i>Non</i>	64 (45.1 %)	20 (58.8 %)	24 (60.0 %)	20 (29.4 %)	
<i>Oui</i>	78 (54.9 %)	14 (41.2 %)	16 (40.0 %)	48 (70.6 %)	
Informations sur les médecines alternatives (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement) (connaissances)					>0.9
<i>Non</i>	79 (55.6 %)	19 (55.9 %)	22 (55.0 %)	38 (55.9 %)	
<i>Oui</i>	63 (44.4 %)	15 (44.1 %)	18 (45.0 %)	30 (44.1 %)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> test exact de Fisher ; test du khi-deux d'indépendance

### Tableau 19 : Connaissances en matière de médicaments en fonction du statut de la formation (suite)

Nous obtenons une seule p-valeur strictement inférieure à 0,05. Cela veut dire que le statut de la formation est lié au fait de connaître ce sujet-là. Nous pouvons nous demander les raisons qui peuvent expliquer ce lien. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les personnes non formées connaissent moins le terme « adhésion médicamenteuse ». Ce terme pouvant être moins connu du grand public mais, connus dans les formations dans le champ de la santé.

Nous pouvons également dire que les personnes sélectionnées à des formations se sont renseignées sur ce sujet pour améliorer leur propre adhésion médicamenteuse. L'adhésion médicamenteuse étant parfois liée au rétablissement de la personne (83).

### 2.2.2.3) Lien entre formation et pratique professionnelle

Nous souhaitons savoir si le statut de la formation est lié à la pratique professionnelle en matière de médicaments. Nous créons une variable catégorielle « Oui » qui comprend les 108 participants ayant suivi ou actuellement en formation. L'autre variable correspond aux personnes n'ayant pas suivi de formation pour exercer la pair-aidance. Pour ce faire, nous effectuons un test de khi-deux d'indépendance. L'hypothèse nulle de notre test est que le statut de la formation n'est pas lié au fait d'aborder la question des médicaments.

Abordez-vous la question des médicaments utilisés en psychiatrie avec les personnes que vous accompagnez ?				
Caractéristique	Total, N = 142 <sup>1</sup>	Non, N = 44 <sup>1</sup>	Oui, N = 98 <sup>1</sup>	p-valeur <sup>2</sup>
Suivre ou avoir suivi une formation				<b>0.020</b>
<i>Non</i>	34 (23.9 %)	16 (36.4 %)	18 (18.4 %)	
<i>Oui</i>	108 (76.1 %)	28 (63.6 %)	80 (81.6 %)	

<sup>1</sup> n (%)

<sup>2</sup> test du khi-deux d'indépendance

#### **Tableau 20 : Statut de la formation en fonction de la pratique professionnelle en matière de médicaments**

Nous obtenons une p-valeur strictement inférieure à 0,05. Nous pouvons conclure que le fait de suivre ou d'avoir suivi une formation est lié au fait d'aborder les médicaments dans la pratique professionnelle. Nous pouvons dire que la formation permet aux participants de se sentir plus légitime pour aborder cette question. Il est donc important que les formations adaptent le contenu des enseignements pour être en adéquation avec la pratique professionnelle.

## 2.3) Discussion

### 2.3.1) Questionnements préliminaires

Mon expérience en officine, m'a permis de remarquer des hésitations des personnes concernées, par exemple, lors de la primo-prescription d'antidépresseurs, l'inquiétude étant souvent liée aux témoignages sur les réseaux sociaux et au vécu relaté d'effets indésirables. Au comptoir, il est important de rappeler les limites des témoignages lus et la notion de balance bénéfices/risques qui s'applique à tous types de médicaments, étant donné qu'il n'est pas possible de prévoir avec certitude la réponse clinique d'un individu à un médicament utilisé en psychiatrie. Les effets indésirables induits et leur impact sur le quotidien n'est pas non plus prédictible. La première information donnée concerne le médicament et ses effets indésirables possibles. Certains effets peuvent être limités dans le temps et d'autres nécessitent des adaptations posologiques voire des changements. J'informe également que les médicaments sont un soutien sur un moyen-long terme pour avoir l'« énergie de mettre en place d'autres stratégies ». En tant que professionnelle, je renvoie toujours vers le prescripteur pour des questions de vécu des effets indésirables, de tout arrêt envisagé et de prise en charge dans son ensemble. Prendre ou non un médicament devrait rester un choix individuel même s'il est accompagné. En effet, pour vivre avec un médicament, quel qu'il soit, le choix doit être fait en conscience. L'accompagnement réside dans le fait de respecter le choix de la personne et de proposer d'autres solutions pour limiter l'impact du trouble psychique sur sa vie.

L'origine de ce travail sur la pair-aidance et les médicaments utilisés en psychiatrie est issue de ma propre pratique en tant que pair-aidante. En juillet 2022, j'ai commencé à exercer dans plusieurs services d'hospitalisation complète dans un pôle de psychiatrie générale au sein du CH le Vinatier. En me présentant comme une « personne ayant connu l'hospitalisation en psychiatrie et allant mieux aujourd'hui », sans autant avoir révélé mon expertise pharmaceutique, une des premières questions posées par les personnes concernées était relative aux médicaments. Elles me demandaient si je prenais toujours des médicaments et me parlaient des effets indésirables qu'elles rencontraient. Il est à noter que selon le rapport

d'activité d'Espairs Rhône, le thème des médicaments est un des trois sujets les plus abordés pendant les entretiens individuels des pair-aidants (162).

Ma mission en tant que pair-aidante m'a questionné sur mon vécu en matière de médicaments. Les études en pharmacie ont été un point important pour prendre du recul concernant mon expérience avec les médicaments, ayant accès à des sources fiables. La question pour l'ensemble des pair-aidants reste l'accès aux moyens fiables pour s'informer.

En tant que pair-aidante, mon hypothèse de travail s'est basée sur l'étude de la pratique professionnelle des pair-aidants ciblée sur les médicaments. La réflexion s'est basée sur 7 sujets pouvant être abordés. L'objectif de l'étude est de mettre en évidence des éléments d'influence sur la pratique professionnelle des pair-aidants. Dans ce cadre, nous considérons plusieurs éléments pouvant impacter leur exercice : leur formation éventuelle, leur type d'exercice, leurs missions effectuées, leur vécu personnel en matière de médicament. Concernant l'impact de certains facteurs, nous abordons la question des diagnostics des participants et des personnes accompagnées. La pluralité des diagnostics rencontrés en psychiatrie est un élément à prendre en compte. Les manifestations cliniques sont diverses et la prise en charge médicamenteuse s'adapte généralement à celles-ci. Il est important de prendre en compte que le pair-aidant peut accompagner des personnes avec un diagnostic différent du leur.

### 2.3.2) Détails des résultats pertinents

- Pratique professionnelle des pair-aidants et médicaments :

Nous notons que la majorité des participants abordent la question des médicaments. Nous constatons que l'impact positif et négatif des médicaments sont majoritairement abordés, contrairement aux alternatives à la médecine et au sevrage possible qui le sont moins. Nous constatons que certains sujets sont plus amenés par les pair-aidants comme les conseils sur la prise en charge des effets indésirables, les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et l'impact positif des médicaments.

Il est nécessaire de prendre en compte que certains sujets peuvent être amenés par plusieurs acteurs selon la situation. L'enquête ne proposait pas de choix multiples pour cette question et proposait un cadre général. Nous devons considérer que les motivations pour exercer la pair-aidance et les conditions d'exercice, en termes de structures ou de missions effectuées peuvent impacter les informations données à ce sujet mais, l'étude n'évalue pas précisément l'impact de ces conditions sur la pratique professionnelle en matière de médicaments.

Dans l'expression des résultats, nous devons prendre en compte comme un biais possible l'orientation des questions car, la formulation « initié par », est conditionnée par la subjectivité des répondants. La question a pu être mal comprise. La question s'inscrit dans un cadre général et les participants ne pouvaient pas nuancer leur réponse. Il est possible aussi que les pair-aidants initient certains sujets dans certains cas mais pas tous. Nous avons choisi le verbe « initier » pour essayer de montrer une volonté de l'acteur d'aborder certains sujets plutôt que d'autres. Dans notre enquête, il aurait été pertinent de demander les sujets abordés et de nuancer les réponses proposées. Par exemple, nous aurions pu convenir de réponses du type « Toujours », « La majorité du temps », « La moitié du temps », « Rarement » et « Jamais ». Pour montrer la volonté des participants d'aborder certains sujets plutôt que d'autres, nous aurions pu concevoir des entretiens semi-dirigés avec les participants.

De plus, répondre à cette question peut s'avérer complexe concernant certains acteurs comme les équipes de soins et les autres personnes impliquées. Nous imaginions que les équipes puissent solliciter le pair-aidant pour échanger avec la personne accompagnée concernant les médicaments. Cependant, au vu du nombre de répondants, il n'est pas possible de conclure que les équipes ou d'autres acteurs sollicitent les participants en matière de médicaments. Il aurait été pertinent dans un premier lieu de pouvoir définir les autres acteurs impliqués. Nous aurions pu imaginer une question générale du type « En tant que pair-aidant, êtes-vous sollicité par les équipes de soins pour aborder la question des médicaments ? ». Ensuite, selon les réponses, nous aurions pu demander aux participants de définir leurs réponses et/ou les sujets abordés.

Il est important de remarquer que les participants n'hésitent pas à citer comme ressources à propos des médicaments, les groupes d'ETP ou de psychoéducation et les médecins. Ceci est un indicateur pour montrer qu'ils collaborent en réseau entre pair-aidant et professionnels.

Il aurait été pertinent de demander aux participants leurs besoins supplémentaires en documentation concernant les médicaments. Cette information permettrait notamment d'adapter les futures formations et de cibler les ressources spécifiques.

Dans notre étude, nous ne collectons pas les informations sur les raisons pour lesquelles les participants n'abordent pas la question des médicaments. Il serait intéressant d'approfondir cette question et d'identifier les freins et les leviers éventuels. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le frein majeur est le manque de connaissances en matière de médicaments.

- Formation des participants et médicaments :

Les participants ont des connaissances sur les médicaments. Ils connaissent plus particulièrement l'impact positif et négatif et les effets indésirables possibles. Les résultats montrent qu'être formé est lié au fait d'avoir des connaissances sur les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse. Nous rappelons que ce sujet est initié par les pair-aidants et par les équipes de soins dans leur pratique. L'adhésion médicamenteuse est également un élément important de la prise en charge et liée au rétablissement (139). Au vu des sujets abordés dans les formations, nous ne pouvons pas conclure avec certitude que le contenu des enseignements augmente le niveau de connaissances. Nous pouvons envisager la formation en pair-aidance comme une mise en lien avec d'autres professionnels, étudiants et des ressources sur certains sujets en matière de médicaments. Il serait intéressant d'étudier précisément le lien entre le contenu des enseignements, les échanges avec les intervenants et étudiants. Nous précisons que notre étude ne permet pas de mesurer la véracité des connaissances. Il est possible que des participants pensent connaître les médicaments et qu'ils sous-estiment leurs connaissances.

À la suite des acquis de formation, il serait intéressant d'évaluer les connaissances, les informations et les conseils transmis dans la pratique professionnelle.

Il est important de souligner que les participants sont majoritairement volontaires pour être formés tels que les conseils sur la prise en charge des effets indésirables, les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et le sevrage possible. Ces sujets sont amenés majoritairement par les participants. Ceci peut nous laisser supposer que ce sont des sujets

importants dans leur pratique professionnelle et qu'ils aimeraient avoir plus de connaissances pour améliorer leur pratique quotidienne.

Plusieurs résultats montrent que la formation facilite les échanges en matière de médicaments. Il est donc intéressant de renforcer les moyens existants et de promouvoir d'autres ressources pour les former.

- Médicaments et rétablissement en santé mentale :

La majorité des participants a déjà pris des médicaments. Nous pouvons considérer que la prise en charge médicamenteuse est un axe majeur. Cependant, les médicaments ne peuvent pas être considérés comme le seul facteur vers le rétablissement, d'autres sont à prendre en compte comme la meilleure connaissance de sa maladie et de son expression. La psychoéducation peut aider la personne concernée en gain d'autonomie et est un levier non-négligeable vers le rétablissement. Le suivi d'une psychothérapie est également complémentaire et nécessaire à une prise médicamenteuse.

Nous constatons que la majorité des participants ont pu expérimenter des effets indésirables, parfois sévères. Ce vécu ne semble pas lié à une pratique professionnelle tournée vers l'impact négatif des médicaments. L'impact négatif est souvent initié par les personnes concernées, ce qui pourrait rejoindre le ressenti des participants sur l'insuffisance des informations des effets indésirables et des conseils sur la prise en charge de ceux-ci.

Nous pouvons supposer que vivre des effets indésirables permet de développer des stratégies pour limiter l'impact sur leur quotidien. La posture professionnelle des participants et leurs missions peuvent permettre à la personne concernée de témoigner sur son vécu et les entretiens individuels ou groupes peuvent faciliter la prise de parole sur les sujets en matière de médicaments.

Plusieurs résultats montrent que les participants ont besoin de parler des effets indésirables. Il serait intéressant d'approfondir ce résultat et de connaître l'impact des médicaments sur le quotidien et les éventuelles répercussions sur leur pratique professionnelle en termes de sujets abordés ou de qualité de travail et de vie.

Les pair-aidants axent leur pratique sur des solutions concrètes comme les conseils sur la prise en charge des effets indésirables et les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse en réponse au vécu des personnes concernées. Nous supposons que vivre des effets indésirables permet de construire des savoirs expérientiels à plusieurs niveaux, dont la recherche de solutions dans des documentations spécifiques, la mise en place de stratégies pour limiter l'impact des effets indésirables sur le quotidien. Il serait de savoir plus précisément les conseils et les outils donnés par les pair-aidants en matière de médicaments en vue de l'élaboration d'outils utiles et concrets pour tous.

- Place des professionnels de santé, dont les pharmaciens :

Au vu des réponses des participants, nous remarquons que la prise en charge des troubles psychiques est pluridisciplinaire. Les acteurs sont parfois non-conventionnels et ne sont pas reconnus par le CSP. La majorité des acteurs sont les psychiatres, les psychologues et les médecins généralistes. Les participants exercent souvent avec des équipes de soins dans le cadre de leur exercice professionnel. Cette collaboration permet d'orienter les personnes concernées vers des professionnels de santé pour le suivi. La plus-value du pair-aidant est son vécu quotidien et les connaissances des contraintes liées aux effets indésirables des médicaments. L'étude des représentations et du point de vue des équipes de soins sur la pratique professionnelle des pair-aidants permettrait de comprendre les leviers et les freins à la mise en place de missions spécifiques des pair-aidants dans ce domaine.

La représentation du pharmacien est sous-évaluée dans les acteurs de la prise en charge des troubles psychiques au vu du nombre de participants ayant pris ou prenant un médicament. Les questions portant sur le pharmacien officinal permettent d'appréhender l'accompagnement des troubles psychiques à l'officine qui passe par la délivrance des prescriptions mais, également par les conseils associés. Il serait intéressant de questionner les professionnels officinaux, pharmaciens et préparateurs, sur leurs besoins en termes de santé mentale et de troubles psychiques.

### 2.3.3) Biais de l'étude

Notre étude présente certains biais.

Pour la perte de données concernant le groupe des répondants suivant actuellement une formation, l'oubli d'un champ conditionnel ne permet pas de collecter les données de type et de localisation de la formation suivie. Cette perte concerne 40 répondants.

Pour le biais de sélection, la population cible est large et mal définie amenant à une confusion et au fait que certaines personnes ne se sentent pas concernées. Au vu du nombre de répondants formés via le DU à Lyon, nous suspectons un biais de recrutement. La diffusion étant portée en partie par le CRR, les étudiants et les personnes formées via le DU pair-aidance à Lyon se sont sentis plus concernés.

Pour le biais de classement, les questions s'inscrivant dans un cadre très général sont orientées dans leur formulation et peuvent faire appel à la subjectivité des enquêtés. Pour limiter ce biais, nous aurions pu nuancer certaines réponses ou proposer des questions à choix multiples.

Concernant le biais de prévarication et de désirabilité sociale, les questions concernées sont les types de diagnostics, la prise de médicaments et certains sujets en matière de médicaments. En règle générale, la volonté des participants et les réponses aux questions permettent de conclure à la sincérité des réponses.

### 2.3.4) Retours des participants sur le questionnaire

Les participants ont relevé plusieurs axes d'amélioration possibles pour notre étude dans la partie « Vos questions » et vu le nombre de suggestions, nous supposons que les participants étaient volontaires et intéressés par la question.

Les participants proposent des questions sur les thérapies complémentaires comme l'Activité Physique Adaptée (APA) et les psychothérapies n'entrant pas dans le cadre de l'enquête. Par exemple, la pratique de l'activité physique est associée à une meilleure santé mentale et à

une faible fréquence de troubles psychiques chez les jeunes entre 12 et 18 ans (163). Les pair-aidants intégrés dans des services ou dans des programmes spécifiques permettent d'améliorer la santé physique des personnes concernées (106,164).

Les participants suggèrent plus de nuances dans certaines questions. Par exemple, ils souhaitent pouvoir renseigner plusieurs activités de pair-aidance, notre enquête étant centrée sur l'activité principale exercée. Sur certaines questions, les participants suggèrent de nuancer les réponses en ajoutant des fréquences. Les participants demandent également une réponse « Ne sais pas », surtout sur les questions des classes médicamenteuses.

Les participants demandent des zones de texte pour préciser les effets indésirables vécus et les médicaments concernés. Ils souhaitent témoigner de leur vécu en matière de médicaments. Cela se retrouve notamment dans le choix des cases « Autres » qui ont permis de caractériser et de décrire leur vécu et leur expérience.

Plusieurs participants partagent leur expérience et leurs retours concernant les pharmaciens rencontrés. Certains témoignent d'un manque d'information en termes d'interactions médicamenteuses et du manque de confidentialité dans les officines. D'autres partagent l'aide précieuse qu'a pu être le pharmacien officinal et/ou hospitalier notamment dans le respect de leurs droits fondamentaux. Ces aspects seront détaillés dans la partie 3).

Les participants interrogent la place des pair-aidants en matière de médicaments. Ils envisagent le pair-aidant comme aide et soutien à l'alliance thérapeutique et au sevrage. Ces aspects seront détaillés dans la partie 3).

#### 2.3.5) Synthèse des résultats

Nous pouvons conclure qu'aborder les médicaments est un élément fréquent dans la pratique professionnelle des participants. Cette question est abordée quel que soit leur mode d'exercice. Nous constatons que les personnes concernées amènent principalement le sujet sur l'impact négatif des médicaments. Les pair-aidants initient également certains sujets comme les conseils sur la prise en charge des effets indésirables, les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse et l'impact positif des médicaments.

Nous pensons que le pair-aidant peut être un acteur complémentaire dans la prise en charge médicamenteuse notamment pour améliorer l'adhésion médicamenteuse. Nous pouvons penser le pair-aidant comme un médiateur entre la personne concernée et les équipes de soins dans son rôle de signalement des effets indésirables de la personne accompagnée et le partage d'expérience en matière de médicaments. Des entretiens individuels avec la personne accompagnée et un autre professionnel de santé sont envisageables ainsi que l'intégration de pair-aidants dans des groupes de psychoéducation. Néanmoins, l'implication du pair-aidant nécessite une clarification de son cadre d'exercice, de ses missions données et de ses connaissances en matière de médicaments. Il reste nécessaire de renforcer la formation pour répondre aux besoins. L'implication du pair-aidant doit être construite avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge, il doit être intégré en lien avec les professionnels de santé pour la prise en charge médicamenteuse.

### 3) Propositions d'amélioration

Les propositions visent à améliorer la coordination pluridisciplinaire autour de la personne concernée. Elles s'appuient sur les résultats de notre étude. Celles-ci ne sont pas exhaustives et d'autres peuvent être élaborées.

Au préalable, nous avons jugé utile de dresser une liste préliminaire des ressources utiles en matière de médicaments à destination des pair-aidants (cf annexe 5).

#### 3.1) Place des pair-aidants dans la prise en charge médicamenteuse

##### 3.1.1) Rappel du cadre et des missions du pair-aidant

Les savoirs théoriques des professionnels ne peuvent se substituer à l'expérience du pair-aidant. Ceux-ci sont complémentaires et sont à prendre en compte dans la prise en charge de la personne concernée.

Il est important de rappeler le cadre d'intervention et les limites possibles de leur exercice. Nous devons sensibiliser les pair-aidants et les futurs pair-aidants sur plusieurs aspects, dont les :

- Biais cognitifs en matière de témoignage (pour le pair-aidant et les personnes accompagnées) ;
- Risques associés aux conseils en matière de médicaments comme l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie ;
- Informations et fausses croyances véhiculées par les médias et accessibles au grand public.

Concernant les biais en matière de témoignage, nous rappelons que les savoirs expérientiels peuvent aider la prise en charge. Cependant, l'expérience, qu'elle soit bonne ou mauvaise, ne peut être généralisée. La prise médicamenteuse est adaptée à chaque situation. Il est nécessaire que les personnes accompagnées soient au courant que l'expérience d'un pair-

aidant reste unique. Ce dernier ainsi que l'équipe pluridisciplinaire doivent s'assurer que la personne accompagnée a compris ceci.

Le pair-aidant n'a pas pour vocation de remplacer un autre professionnel de santé. Dans le cadre de ses fonctions, il ne peut pas promouvoir une molécule ou des alternatives et ne peut pas se livrer à des opérations réservées aux professionnels de santé. Nous devons rappeler que l'exercice illégal de la médecine et celui de la pharmacie constituent des délits punis par la loi. Il est considéré comme illégal d'établir un « diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites » (165,166).

Nous devons également sensibiliser les pair-aidants aux informations diffusées en matière de médicaments. Il est important de donner les moyens aux pair-aidants de s'informer sur les différents sujets. Il doit pouvoir accéder à des moyens d'informations fiables et vérifiées. Cette sensibilisation peut passer par une formation à l'esprit critique dans les formations initiales mais aussi, dans les formations continues. Ces formations permettraient aux professionnels de reconnaître les sources d'informations. Cet aspect concerne tous les professionnels de santé, au-delà des pair-aidants.

Nous devons prendre en compte dans cette sensibilisation plusieurs aspects comme la prise ancienne, la prise actuelle de médicaments et les personnes n'ayant jamais connu cette expérience. Nous devons sensibiliser les pair-aidants n'ayant jamais expérimenté aux enjeux liés aux médicaments. Dans notre étude, nous supposons que cette population de pair-aidants est minime mais, il est nécessaire de les inclure. Les médicaments restent à ce jour un aspect important dans la prise en charge des personnes concernées.

L'intérêt ici n'est pas de former le pair-aidant aux propriétés pharmacologiques des médicaments. D'après les retours des participants dans notre étude, ils expliquent que le pair-aidant « ouvre sur de nouvelles alternatives » et accompagne la personne sur certaines questions en matière de médicaments. Celles-ci peuvent porter sur les raisons et le sens derrière la prise d'un médicament.

Nous proposons la mise en place d'une formation adaptée des pair-aidants sur les sujets autour de la prise du médicament comme les outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse, la prise en charge des effets induits.

### 3.1.2) Inscription dans l'adhésion médicamenteuse

L'adhésion médicamenteuse est un enjeu important dans la prise en charge. Il est important de sensibiliser la personne concernée aux enjeux. Une rupture d'observance peut entraîner de multiples conséquences telles que l'effet rebond, un syndrome de sevrage et des retards de prise en charge. Chaque professionnel doit être sensibilisé à ces conséquences et aux facteurs de risques d'une moins bonne adhésion médicamenteuse. Il faut également prendre en compte la sensibilisation de la population générale. Par exemple, les médicaments utilisés dans la schizophrénie et la dépression chronique sont considérés comme moins efficaces que des traitements pour certaines pathologies somatiques (167). Nous supposons que si les traitements sont jugés inefficaces, les personnes arrêteront de le prendre.

L'intégration des pair-aidants dans des groupes de psychoéducation est un élément supplémentaire pour l'adhésion médicamenteuse. La psychoéducation est un moyen pour informer les personnes concernées sur leur maladie, leurs symptômes et les thérapeutiques possibles, dont les médicaments. L'objectif est que les personnes concernées peuvent développer des stratégies d'adaptation afin d'éviter d'éventuelles rechutes. Le témoignage du pair-aidant sur son expérience peut amorcer la discussion autour du médicament. Son vécu peut permettre d'illustrer et de contextualiser certaines notions abordées. Les groupes sont un moyen de créer une dynamique d'échange et de partage. La pluridisciplinarité permet d'aborder les notions sous différentes perspectives. Ces groupes de psychoéducation permettent d'aborder certains outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse. Dans la littérature, il est montré que l'intégration de pair-aidant dans un programme peut améliorer l'adhésion médicamenteuse et diminuer les oublis (168).

Il existe plusieurs outils pratiques pour améliorer l'adhésion médicamenteuse. Il peut être envisagé la co-construction d'un plan de prise avec la personne accompagnée et le pair-aidant (169). Nous rappelons également l'importance d'ancrer la prise médicamenteuse comme une routine et d'adapter son quotidien en fonction.

Le pair-aidant peut aider la personne à se questionner sur les intérêts à prendre un médicament. Il peut permettre lui de prendre conscience de certains enjeux liés au médicament et de ses choix. Prendre un médicament est un choix accompagné mais qui reste

un choix individuel. Le médicament est un moyen, parmi d'autres, vers le rétablissement. Il est nécessaire d'inclure le médicament dans tout un parcours de rétablissement et dans une prise en charge pluridisciplinaire. Prendre un médicament comporte des bénéfices mais, peut induire des risques. L'expérience du pair-aidant peut aider au consentement libre et éclairé de la personne accompagnée.

Le point important est de créer une alliance thérapeutique entre la personne accompagnée, le pair-aidant et les autres acteurs de la prise en charge. Elle doit prendre en compte les besoins et les attentes de la personne. Il est nécessaire de prendre en considération ses peurs en matière de médicaments et d'effets indésirables. De plus, il est important de prendre en charge les effets induits le cas échéant.

### 3.1.3) Prise en charge de certains effets induits par les médicaments

Le pair-aidant peut aider dans la prise en charge des effets induits par les médicaments. Nous définissons deux types importants d'effets induits tel que les effets indésirables et les réactions paradoxales. Nous rappelons que tout événement sanitaire indésirable peut être signalé via un site internet gouvernemental dédié (170).

- Effets indésirables :

Les missions du pair-aidant permettent d'aborder ces effets dans différents cadres. Les entretiens individuels avec un pair-aidant permettent de créer un cadre de confiance. Ce type de missions peut aider à dévoiler certains effets indésirables plus personnels. Selon sa propre expérience, le pair-aidant peut partager ses propres stratégies pour aider la personne. Il est important que le pair-aidant puisse évoquer ses propres stratégies. Certains effets indésirables peuvent s'y prêter facilement mais, la prise en charge de certains nécessitent l'intervention d'un médecin, qui doit être alerté. Nous pouvons envisager des entretiens individuels avec la personne concernée et un binôme professionnel de santé/pair-aidant. Le cadre permettrait d'adapter la prescription en temps réel si le professionnel de santé en question est le psychiatre référent.

Les groupes de psychoéducation permettent d'aborder les stratégies utilisées pour limiter l'impact de ces effets sur le quotidien. L'émulation et les échanges dans le groupe peuvent partager leur expérience en matière d'effets indésirables et les stratégies trouvées. L'appui d'un pair-aidant avec le recul de son expérience peut aider les participants à prendre du recul sur leur propre expérience.

- Réactions paradoxales :

D'après les retours de notre questionnaire, les participants proposent des sensibilisations et/ou des formations adressés aux pair-aidants en matière de médicaments. Ils proposent des formations pour repérer les réactions paradoxales aux médicaments. Ce type de réactions se caractérise par une absence d'effet ou des effets dits paradoxaux. Par exemple, vivre une réaction paradoxale à un médicament est un signe d'appel pour un diagnostic tardif de TSA (171). Si les pair-aidants sont sensibilisés à ce type de manifestations, il pourrait avertir les autres acteurs de la prise en charge. Les effets paradoxaux sont souvent causés par plusieurs classes de médicaments utilisés en psychiatrie comme les benzodiazépines ou les antidépresseurs.

La prise en charge doit s'accompagner d'une collaboration avec une équipe de soins. Une fois l'effet reporté, il est important que l'équipe en prenne compte pour la prise en charge. Cependant, le pair-aidant ne peut pas décider de la conduite à tenir et notamment la diminution ou l'arrêt du médicament ciblé. L'exécution de cette mission peut nécessiter des moyens techniques supplémentaires comme un logiciel pouvant alerter en temps réel le prescripteur sur l'apparition de cet effet.

#### 3.1.4) Sevrage et déprescription

Les enjeux du sevrage et de la déprescription sont d'actualité. Depuis les années 2010, il existe une méthode pour aider au sevrage appelée les « Tapering strips ». Celles-ci permettent un sevrage progressif grâce à des bandes contenant le médicament concerné à des posologies dégressives. Chaque série de bandes couvrent 28 jours. La posologie contenue dans une

bande est inférieure ou égale à celle du jour précédent. Le site internet répertorie les méthodes de sevrage en fonction de chaque molécule utilisée en psychiatrie disponible (172). Dans une publication de 2021 de Mark Horowitz, un modèle de décroissance est établi (173). En France, la question de la déprescription des antipsychotiques dans la schizophrénie est d'actualité. L'étude DREAMS-PHEN sera menée en 2023 pour tester les schémas progressifs de décroissance. Les schémas seront inspirés des travaux de Mark Horowitz et de son équipe (174).

Dans notre étude, les participants abordent et proposent de la documentation concernant la question du sevrage. Il est nécessaire de pouvoir former les pair-aidants sur cette question et de pouvoir l'aborder dans leur pratique professionnelle. Le sevrage est un sujet qui intéresse fortement d'après les résultats de notre étude. L'expérience du sevrage est importante à partager, elle présente des limites mais peut permettre de sensibiliser les personnes concernées et les professionnels de santé. Le pair-aidant peut diffuser des outils et des aides sur le sevrage possible des médicaments. Celui-ci ne peut s'inscrire sans une collaboration pluridisciplinaire et de préférence dans un exercice intégré dans une structure pour sécuriser le pair-aidant dans sa pratique et la prise en charge de la personne concernée. Dans le cas d'une collaboration pluridisciplinaire efficace, le pair-aidant a les moyens d'alerter les autres acteurs de la prise en charge si besoin.

Les médecins doivent s'investir à l'avenir dans la perspective de déprescription et notamment le psychiatre, il doit être sensibilisé au rétablissement en santé mentale, à la réhabilitation psychosociale et aux enjeux. Il est également important de sensibiliser les pharmaciens à ces questions en tant qu'acteur de choix pour faire le lien avec la personne concernée et le prescripteur. L'entourage doit aussi avoir conscience des enjeux liés et respecter le choix de la personne concernée.

Dans tous les cas, le pair-aidant doit sensibiliser la personne à ne pas arrêter la prise de ses médicaments sans avis médical. La diminution doit s'envisager avec un médecin pour éviter autant que possible tout évènement indésirable.

### 3.2) Apport des résultats de notre étude face à l'expertise pharmacienne et pair-aidante

Cette partie décrit la vision de l'exercice de la pharmacie en apportant des éléments issus de l'étude et de ma pratique professionnelle en tant que pair-aidante en santé mentale et officinale. Certains axes peuvent être développés dans toutes les filières du métier ou élargis à d'autres professions.

#### 3.2.1) Promotion de la pair-aidance et du rétablissement en santé mentale

Il est important de sensibiliser les pharmaciens à la pair-aidance. Néanmoins, la condition préliminaire est de les initier au concept du rétablissement et de la mise en œuvre des pratiques orientées rétablissement. Les équipes intégrant des pair-aidants doivent être sensibilisées à ces notions et à cette démarche avant l'intégration du professionnel. Ceci est un premier levier pour la diminution de la stigmatisation des troubles psychiques et des personnes concernées.

La promotion du rétablissement peut passer par l'implication de pair-aidants et de personnes concernées dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Il est important de sensibiliser les futurs professionnels ainsi que les personnes déjà formées pour améliorer la prise en charge dans son ensemble.

- Formation initiale pharmaceutique :

Dans le cadre de la formation initiale, les pair-aidants peuvent être sollicités pour intervenir dans des cours magistraux mais, également sous la forme de mise en situation, de jeux de rôle ou d'autres types de sensibilisation.

Enseignements magistraux :

Les interventions peuvent s'articuler autour d'un binôme professionnel de santé et pair-aidant. Le binôme permet d'introduire la notion de rétablissement et les bénéfices liés à

l'intégration de ce professionnel dans des équipes de soins. La démarche de la réhabilitation psychosociale peut être présentée et les outils pour son application. La psychoéducation est une notion importante à aborder car les étudiants en pharmacie sont sensibilisés et formés aux 40 heures d'ETP nécessaires à l'animation d'un groupe. Dans la pratique hospitalière, les pharmaciens hospitaliers et les internes sont également intégrés à certains groupes de psychoéducation.

#### Travaux dirigés sous forme de jeux de rôle :

Les jeux de rôle permettent d'aborder la communication nécessaire à l'exercice en officine en simulant la dispensation, pour connaître les ressources utiles. Par exemple, le patient partenaire peut être impliqué lors de simulations de dispensation pharmaceutique. Les étudiants concernés souhaitent intégrer ce type de jeux de rôle dans leur cursus universitaire (175). Nous pouvons également concevoir des mises en situation spécifiques aux personnes concernées notamment, lors de la prise en charge de la crise suicidaire à l'officine ou d'autres situations comme le mésusage.

Dans ce cadre, la sensibilisation au rétablissement et la pair-aidance est indirecte mais permet aux étudiants de comprendre la plus-value de cette pratique.

#### Autres types de sensibilisation et formations :

L'implication peut également prendre la forme de bibliothèques vivantes au sein des facultés de santé. Nous pouvons également envisager des sensibilisations aux troubles psychiques et dans les associations étudiantes au niveau local et national.

Il est également pertinent de former les étudiants aux PSSM pour donner les outils aux personnes formées, les secouristes, de venir en aide à bon escient à une autre personne qui rencontre un problème de santé mentale. Ceci passe par un repérage des troubles en santé mentale, l'adoption d'un comportement adapté et de faire le relais avec les professionnels adéquats. Un pair-aidant peut dispenser cette formation et partager son expérience du rétablissement et la mise en pratique des PSSM dans son exercice professionnel pendant cette formation (176).

- Formation continue :

Une fois en exercice, il est important pour les pharmaciens d'actualiser leurs connaissances et de se sensibiliser sur certains sujets qu'ils n'ont pas étudiés au cours de leurs études universitaires. Il est d'ailleurs obligatoire pour les pharmaciens de se former tous les trois ans dans le cadre du Développement Personnel Continu (DPC). Celui-ci vise une amélioration des pratiques (177).

Journées de sensibilisation :

Des journées de sensibilisation sur l'accompagnement des personnes concernées peuvent être proposées aux pharmaciens officinaux. Par exemple, le 29 septembre 2022 à Lille, une journée de ce type a été proposée par plusieurs acteurs, dont des unions syndicales, l'ARS et d'autres acteurs dans le domaine de la pharmacie et des médicaments, des associations et leurs familles entre autres (cf annexe 5). Des pharmaciens, des médecins psychiatres et des personnes concernées ont été impliqués dans cette journée. D'autres journées peuvent être organisées avec l'implication de pair-aidants. Ces derniers peuvent proposer des interventions sur le rétablissement et/ou l'intégration des pair-aidants dans le système de santé. Ces journées permettent la promotion de certains outils et des pratiques orientées rétablissement.

Formations dans le champ des troubles psychiques :

Plusieurs formations peuvent être proposées aux pharmaciens en exercice. Par exemple, les DU ETP et psychoéducation sont ouverts aux candidatures de pharmaciens. Certains diplômes comme les DU partenariat patient sont adaptés et peuvent être utiles aux pharmaciens pour appréhender les notions de rétablissement et de pair-aidance. Néanmoins, nous devons constater que la mise en place de groupes d'ETP dans les officines est peu réalisable à cause des contraintes au niveau des locaux. Aujourd'hui, peu d'officines peuvent accueillir plusieurs personnes pour constituer un groupe. Cependant, ces formations et sensibilisations peuvent être un levier vers un meilleur accompagnement lors de la délivrance et des conseils associés. Ces formations sont éligibles à la validation du DPC.

Nous pouvons également citer la formation aux PSSM qui permet de sensibiliser les secouristes aux geste adéquats à avoir en cas de difficultés de santé mentale.

### 3.2.2) Aménagement des locaux dans les officines

L'aménagement de l'officine concernant l'accompagnement des personnes concernées peut être mis en place grâce aux espaces de confidentialité et par des « corners » dédiés à la santé mentale.

- Espaces de confidentialité :

D'après les retours de notre étude, certains participants n'osent pas questionner les pharmaciens officinaux à cause du manque de confidentialité. Il est donc important de rappeler qu'aujourd'hui, les titulaires d'officines s'engagent à prévoir un espace de confidentialité dans leurs locaux (178). Les personnes peuvent demander d'échanger dans cet espace si elles le jugent nécessaire et si l'officine en question peut en disposer à ce moment précis. Nous remarquons qu'en règle générale, les officines disposent d'un seul espace pour toutes les activités pharmaceutiques telles que les entretiens, l'orthopédie, la vaccination avec pour conséquence une restriction des échanges. Il est donc nécessaire de mettre en place la confidentialité au comptoir en plus des autres missions. Ceci permet de favoriser les échanges entre la personne et le pharmacien. Il est important de créer une relation de confiance à travers la confidentialité des échanges entre la personne concernée et le pharmacien. Nous rappelons que les maladies psychiques sont stigmatisées et la non-confidentialité des officines peut être un frein pour échanger sur la prise en charge médicamenteuse. Il est primordial qu'un échange sur la prescription puisse se faire pour sécuriser la dispensation et favoriser l'adhésion médicamenteuse. A l'avenir, nous pouvons concevoir des officines avec des comptoirs fermés qui respectent la confidentialité des échanges pour que chacun puisse en bénéficier.

- « Corner » dédié à la santé mentale :

Un corner est un rayon spécifique dédié à une marque ou une thématique. L'idée est de développer un espace spécifique à la santé mentale et les outils pour la favoriser. Nous pouvons concevoir un kiosque avec des brochures d'information sur la santé mentale, des

flyers et le traitement des maladies psychiques. Par exemple, il est intéressant de trouver des brochures d'organisme public, d'associations d'entraide, des lignes d'écoute ou un carnet d'adresses des structures de prise en charge à proximité. La mise à disposition des brochures peut aider certaines personnes concernées qui n'osent pas poser certaines questions mais, également le grand public ainsi que les professionnels officinaux. Nous avons jugé utile de dresser une liste préliminaire des ressources en matière de santé mentale et de rétablissement (cf annexe 7).

L'information sur la santé mentale et les troubles psychiques peut faire l'objet de vitrine et de sensibilisations spécifiques en officine. Par exemple, pour la journée mondiale de la santé mentale, le 10 octobre, nous pouvons envisager une sensibilisation des personnes à la santé mentale.

### 3.2.3) Accompagnement des prescriptions de médicaments utilisés en psychiatrie

Selon les participants de notre étude, ils proposent un programme d'accompagnement en matière de médicaments. Ce programme peut prendre la forme d'un suivi sur le long cours et pas seulement de l'information en amont et en aval. Cet accompagnement peut être organisé en officine car c'est un lieu accessible mais qui nécessite un local dédié respectant une fois de plus la confidentialité des échanges. Nous pouvons élaborer des entretiens pharmaceutiques thématiques sur les médicaments utilisés en psychiatrie. A ce jour, les entretiens pharmaceutiques ciblent les personnes avec des médicaments particuliers comme les anticoagulants oraux, les corticoïdes inhalés, les chimiothérapies orales et les femmes enceintes. Certains types d'entretiens nécessitent une coordination interprofessionnelle entre des pharmaciens officinaux et hospitaliers (179).

Dans un premier temps, le bénéfice de cet accompagnement peut être évalué sur une ou plusieurs molécules précises. L'intérêt serait de cibler les molécules à haut risque d'accidents iatrogènes. Par exemple, la cible de ces entretiens peut être les personnes suivant un traitement au long cours à base de sels de lithium. Ces entretiens peuvent être en collaboration avec des pharmaciens hospitaliers et le psychiatre référent de la personne via la plateforme mon espace santé.

Nous pouvons également concevoir des bilans partagés de médication chez les personnes faisant l'objet de la prescription de plusieurs médicaments utilisés en psychiatrie. Ces bilans passent par le recueil des médicaments pris, l'analyse de toutes les molécules et l'envoi de ces recommandations aux médecin traitant et d'autres éventuels prescripteurs. A ce jour, ils s'adressent à des personnes de plus de 65 ans, suivant un traitement au long cours avec au moins 5 principes actifs remboursés (179). La mise en œuvre de ce dispositif peut faciliter les échanges avec le pharmacien puis le prescripteur en matière de sevrage et de déprescription. Ceci nécessite la sensibilisation des professionnels de santé à ces enjeux.

Ces accompagnements ne substituent pas les informations sur les médicaments, les effets indésirables et les conseils associés de la part du pharmacien. Ces entretiens peuvent faciliter l'analyse des prescriptions et le repérage des interactions médicamenteuses. Nous devons permettre à tous les professionnels officinaux de se former en matière de médicaments. Les pharmaciens doivent également aider les personnes concernées sur le suivi des règles hygiéno-diététiques et les thérapies non-médicamenteuses. Les médicaments ne sont pas le seul levier vers le rétablissement, nous devons aussi rappeler l'importance de la psychothérapie, de l'APA et des comportements associés à une bonne hygiène de vie. Des conseils peuvent être donnés et promus en officine surtout si la personne vient pour un traitement au long cours.

#### 3.2.4) Diffusion en officine des outils du rétablissement : l'exemple des directives anticipées en psychiatrie

Nous pensons que l'officine est un lieu privilégié de communication car accessible facilement. Le pharmacien a souvent une vision globale du parcours de soins d'une personne. Cette connaissance peut permettre une meilleure coordination entre chaque acteur et peut faciliter la prise en charge. Pour ce faire, il se doit de connaître et de partager les outils utilisés pour promouvoir le rétablissement.

Il existe plusieurs outils destinés aux personnes concernées pour prendre soin de leur santé mentale ou trouver des stratégies d'adaptation à certains symptômes. Ces outils peuvent être diffusés par les professionnels de santé quels qu'ils soient. Nous utilisons l'exemple des DAP

qui sont facilitateur de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes concernées en officine.

- Présentation de l'outil :

Les DAP se présentent sous la forme d'un document écrit par la personne concernée. D'autres appellations pour les DAP existent comme : le Guide de Prévention et de Soins en santé mentale, Plan de Crise Conjoint (180). Les DAP sont un outil parmi d'autres dans les mesures anticipatives en psychiatrie (cf annexe 8).

La rédaction des DAP est possible depuis la promulgation de la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016. Elle permet l'enregistrement de directives anticipées de fin de vie (181). Rédiger des DAP n'a aucune valeur légale, à l'inverse des directives anticipées de fin de vie.

Ce document permet de prévenir et de prendre en charge une future crise éventuelle. Différents aspects sont abordés dans le document tels les signes avant-coureurs, les signaux de fin de crise, les actions et les traitements qui aident ou non pour ces différents cas de figure. Le document répertorie les personnes à contacter, dont la personne de confiance. Les DAP sont élaborées pour faire valoir les droits des personnes concernées en termes de libre choix de traitements, lieux de soins et d'accompagnement médical et paramédical. Elles permettent l'autonomie de la personne concernée, l'amélioration de l'insight (ou connaissance du trouble) et la coordination entre les différents acteurs de la prise en charge. Une partie du document aborde les traitements, dont les médicaments utilisés en psychiatrie. Ce document a pour vocation d'être partagé et diffusé à chaque acteur, dont l'entourage. La rédaction est de préférence accompagnée par un professionnel pour la rédaction des DAP. Ces professionnels peuvent être médicaux, paramédicaux ou bien des pair-aidants. Une étude récente démontre que l'accompagnement à la rédaction par des pair-aidants permet de réduire le taux d'hospitalisations sous contrainte (182). Les DAP peuvent être diffusées et accompagnées par tous les professionnels sensibilisés au rétablissement. L'accompagnement à la rédaction par un professionnel non pair-aidant permet d'améliorer la prise en charge contrairement à la rédaction non accompagnée (183).

- Utilisation des DAP à l'officine :

Les DAP en officine peuvent présenter plusieurs intérêts et les concevoir comme un outil facilitateur en officine. Nous pouvons envisager une sensibilisation au comptoir à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie. Celle-ci passe par de la communication sur les DAP, leurs intérêts et la mise en lien avec des professionnels pouvant accompagner à la rédaction comme les pair-aidants. Ceci permet de faciliter la prise en charge des personnes concernées. La lecture des DAP par les professionnels officinaux peut permettre de connaître les acteurs de la prise en charge et de renforcer le lien ville/hôpital avec pour objectif de faciliter la coordination entre professionnels. En effet, les pharmaciens ont un devoir de coordination avec les autres professionnels de santé (178). La liste de contact peut s'avérer utile dans les situations urgentes comme la prise en charge de la crise suicidaire. Les DAP permettent de connaître les médicaments tolérés ou non par la personne. Si la molécule non tolérée doit être utilisée, ceci permet d'amorcer la discussion sur les conseils sur la prise en charge des effets indésirables. Néanmoins, cela nécessite que les DAP soient entièrement rédigées, réactualisées régulièrement et transmises aux professionnels officinaux.

## Conclusion

Dans le contexte des soins de réhabilitation psychosociale, la pratique de la pair-aidance, qui se professionnalise depuis une dizaine d'années en France est l'un des principaux leviers du rétablissement. L'expérimentation du programme médiateurs de santé pairs s'est déroulée sur deux ans à partir de 2012. La France compte maintenant plusieurs formations universitaires destinées à former des pair-aidants, dont 2 licences à Paris et Bordeaux et plusieurs diplômes universitaires à Lyon, Grenoble et Marseille. La pratique est en constante évolution mais, les savoirs expérientiels ne sont pas assez exploités et le pair-aidant peut rencontrer encore des difficultés d'intégration dans les équipes de soins.

L'enquête mise en place dans cette étude a permis de recueillir les réponses de 142 pair-aidants. Parmi eux 47,9 % avaient achevé leur formation et 28,2 % étaient en cours de formation au moment de leur participation. 70,4 % des pair-aidants ont déclaré réaliser des entretiens individuels dans le cadre de leurs missions. Dans leur pratique professionnelle, 69 % abordent la question des médicaments ; 67,5 % des pair-aidants ont l'initiative d'aborder les conseils sur la prise en charge des effets indésirables. La question des outils permettant de favoriser l'adhésion médicamenteuse et d'avoir un impact positif des médicaments est abordée par 48,2 % des participants. Les personnes concernées sont fortement intéressées par les médicaments : 92,3 % des pair-aidants ont déjà pris un médicament au long cours et 73,2 % en prennent un actuellement ; 90,8 % d'entre eux ont vécu au moins un effet indésirable dans leur parcours, dont 61,2 % sévères.

Les pair-aidants ayant suivi une formation, même dans le passé, abordent significativement plus volontiers les médicaments dans leur pratique professionnelle que ceux qui n'ont pas bénéficié d'une formation. Les échanges sont ainsi facilités. Les pair-aidants formés disent avoir des connaissances sur les outils d'adhésion médicamenteuse et souhaitent compléter leur formation.

D'autres résultats non-significatifs, dont la p-valeur est comprise entre 0,05 et 0,2, s'orientent vers le fait qu'avoir suivi une formation dans le passé est lié à des connaissances permettant des conseils sur la prise en charge des effets indésirables. De plus, le vécu d'un effet indésirable sévère permet d'aborder plus facilement les conseils sur la prise en charge des effets indésirables.

Selon les résultats obtenus, nous proposons, dans notre travail, des axes d'amélioration concernant la pratique professionnelle en termes de cadre, de missions, de sujets abordés. Concernant le cadre, notre étude montre peu d'implication des équipes de soins et peu de sollicitations du pair-aidant en matière de médicaments. Ce point reste à améliorer avec un cadre instauré en collaboration avec les professionnels de santé pour permettre une meilleure coordination dans la prise en charge médicamenteuse. Nous considérons que le pair-aidant doit être un acteur complémentaire à la prise en charge médicamenteuse avec pour mission un impact sur l'adhésion médicamenteuse et la transmission de conseils sur les effets indésirables. D'autre part, l'étude montre qu'il est intéressant de renforcer certains modules de formation initiale et de proposer des formations continues sur différents sujets en matière de médicaments, d'autant plus que les pair-aidants semblent volontaires.

Au cours de ce travail, en tant que pair-aidante en santé mentale et pharmacienne officinale, donc concernée par les médicaments, il semble important de se questionner autour de la pratique du pharmacien. La profession, en contact régulier avec les personnes concernées, son expertise sur les médicaments et sa place au cœur de système de santé peut également soutenir le processus de rétablissement. Ce soutien envisagé ne peut être possible que si les professionnels connaissent le rétablissement et la pair-aidance. L'implication des pharmaciens s'inscrit dans l'accompagnement des prescriptions et conseils associés, la mise en place d'espace confidentiels pour les échanges et dans l'avenir, la mise en place d'entretiens pharmaceutiques spécifiques en psychiatrie. Dans ce contexte, le pharmacien peut être envisagé comme un facilitateur pour la personne concernée, à travers les informations qu'il peut transmettre et sa capacité à faire état des outils du rétablissement.

## Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Troubles mentaux [Internet]. [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Deegan P. Le rétablissement comme processus autogéré de guérison et de transformation [Internet]. 2001 [cité 14 janv 2023]. Disponible sur: [https://revlyon.files.wordpress.com/2019/05/retablissement\\_processus\\_autogere\\_guerison\\_transformation.pdf](https://revlyon.files.wordpress.com/2019/05/retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf)
3. Franck N, Cellard C. Pair-aidance en santé mentale - une entraide professionnalisée. 2020.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
5. DSM-3 [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: [https://drive.google.com/file/d/16\\_tLsL38MlyHPHOv3gfdjaCFBSUQzQok/view?usp=sharing&usp=embed\\_facebook](https://drive.google.com/file/d/16_tLsL38MlyHPHOv3gfdjaCFBSUQzQok/view?usp=sharing&usp=embed_facebook)
6. Minds. Les déterminants de la santé mentale [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://minds-ge.ch/wp-content/uploads/2021/04/Les-d%C3%A9terminants-de-la-sant%C3%A9-mentale.pdf>
7. Santé Publique France. Santé mentale [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
8. Wakefield JC. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol.* mars 1992;47(3):373-88.
9. Lemoine M. La définition des « troubles mentaux ». Brève introduction à une question fondamentale de la philosophie de la psychiatrie contemporaine. *L'Enseignement Philos.* 2012;62e Année(2):58-70.
10. Rey R, d'Amato T. 36. Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement. In: *Les schizophrénies* [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2019 [cité 9 mai 2023]. p. 243-51. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-243.htm>
11. Hoppenot I. Troubles du neurodéveloppement, l'enjeu majeur du repérage [Internet]. VIDAL. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/28515-troubles-du-neurodeveloppement-l-enjeu-majeur-du-reperage.html>
12. Pedinielli JL, Rouan G, Bertagne P. Psychopathologie des addictions.
13. Qu'est-ce qu'une addiction ? | MILDECA [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/quest-ce-quune-addiction>
14. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
15. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>

16. Organisation Mondiale de la Santé. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
17. Organisation Mondiale de la Santé. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031029>
18. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ma santé 2022, un engagement collectif [Internet]. 2018 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef\\_.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf)
19. Ollivier J, Perrigaud N. La réforme de financement de 2022 en psychiatrie.
20. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
21. Panfili JM. Le libre choix du médecin en psychiatrie. Condition indispensable du consentement aux soins. VST - Vie Soc Trait. 2012;116(4):103-6.
22. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
23. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1).
24. Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.
25. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Année 2021. 2022;
26. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
27. Franck N. Traité de réhabilitation psychosociale. 2018.
28. Laforcade M. Le rétablissement au cœur des politiques de santé. Rhizome. 2017;65-66(3-4):25-6.
29. ARS Nouvelle-Aquitaine. Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2023 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-en-nouvelle-aquitaine>
30. Assises de la santé mentale et de la psychiatrie les 27 et 28 septembre 2021 [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>
31. Dossier de presse : une ambition refondée pour la santé mentale et la psychiatrie en France [Internet]. 2021 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_sante\\_mentale-ok\\_01.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale-ok_01.pdf)

32. Ministère de la Santé et de la Prévention. Le remboursement des séances de psychologues - MonParcoursPsy [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-monpsy>
33. MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/?+le+dispositif+de+remboursement+des+s%C3%A9ances+de+psychologues++Olivier+V%C3%A9ran+annonce+l%E2%80%99ouverture+des+candidatures+pour+les+psychologues+volontaires++17.02.2022>
34. Qui sommes-nous ? - 3114 [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://3114.fr/3114-qui-sommes-nous/>
35. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours [Internet]. 2014 [cité 8 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles\\_bipolaires\\_reperage\\_et\\_diagnostic\\_en\\_premier\\_recours\\_-\\_note\\_de\\_cadrage\\_2014-06-13\\_10-53-16\\_714.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf)
36. Adjerad R, Courtejoie N. Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures.
37. Assurance Maladie. Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par classe ATC - Medic'AM - 2012 à 2022 [Internet]. [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-classe-atc-medicam>
38. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med.* août 2021;18(8):e1003750.
39. Haute Autorité de Santé L. Grande précarité et troubles psychiques. 2021;
40. Lio G, Ghazzai M, Haesebaert F, Dubreucq J, Verdoux H, Quiles C, et al. Actionable Predictive Factors of Homelessness in a Psychiatric Population: Results from the REHABase Cohort Using a Machine Learning Approach. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2022;19(19):12268.
41. Baumann A, Muijen M. Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times.
42. Coldefy M, Gandre C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Quest Déconomie Santé Irdes* [Internet]. 1 sept 2018 [cité 17 janv 2023];(237). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2018/qes-237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.html>
43. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48.
44. Giordana JY. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. 2010.

45. Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, Couperthwaite L, Matthews J, Barret K, et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand.* août 2016;134 Suppl 446(Suppl Suppl 446):14-22.
46. Valery KM, Violeau L, Fournier T, Yvon F, Arfeuillere S, Bonilla-Guerrero J, et al. Part of the solution yet part of the problem: factors of schizophrenia stigma in mental health professionals. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 6 oct 2022;1-11.
47. Davis B, McDaniel CC, Wang CH, Garza KB. Mental Health and Psychotropic Stigma Among Student Pharmacists. *Front Public Health.* 2022;10:818034.
48. O'Reilly CL, Bell JS, Kelly PJ, Chen TF. Exploring the relationship between mental health stigma, knowledge and provision of pharmacy services for consumers with schizophrenia. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 2015;11(3):e101-109.
49. Di Nunno L. *Déstigmatisation des maladies mentales. Manière d'Agir.* 2017;
50. Council of Europe. *La couverture ne fait pas le livre : le Guide de l'organisateur de la Bibliothèque vivante.* 2005.
51. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires - Légifrance [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44293>
52. Péneau E, Franck N. Psychoéducation et remédiation cognitive. *Soins psychiatrie* [Internet]. 2015 [cité 2 mai 2023]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/38125035/Psychoeducation\\_et\\_remediation\\_cognitive\\_Peneau\\_and\\_Franck\\_2015\\_pdf](https://www.academia.edu/38125035/Psychoeducation_et_remediation_cognitive_Peneau_and_Franck_2015_pdf)
53. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
54. Bon L. Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN.* 2018;16(1):7-16.
55. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. *La réhabilitation psychosociale - introduction et définitions* [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2023 [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/la-rehabilitation-psychosociale-introduction-et-definitions>
56. Bonsack C, Shyhrete R, Favrod J. *Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites.* EM-Consulte. 2014;
57. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
58. Haute Autorité de Santé. *Éducation thérapeutique du patient (ETP)* [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
59. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. *Catalogue en ligne* [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://rehabilitation.reseaudoc.org/index.php?database=vinatcrr>

60. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. Rapport d'activité [Internet]. 2022 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: [https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/2022\\_rapport\\_activite\\_crr\\_final\\_mise\\_en\\_page.pdf](https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/2022_rapport_activite_crr_final_mise_en_page.pdf)
61. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. Centre ressource réhabilitation - [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2023 [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>
62. AFRC. Association Francophone de Remédiation Cognitive [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://remediation-cognitive.org/>
63. Richard C. Histoires insolites de la psychiatrie. 2022.
64. Cullen W. Institutions de médecine pratique. 1785.
65. BnF Data. William Cullen (1710-1790) [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: [https://data.bnf.fr/12564010/william\\_cullen/](https://data.bnf.fr/12564010/william_cullen/)
66. Medarus. Philippe PINEL (1745-1826) [Internet]. [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>
67. Pelletier JF, Davidson L. À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé Ment Au Qué.* 22 juill 2015;40(1):19-33.
68. Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull.* 3 févr 2006;32(3):443-50.
69. Le Cardinal P, Roelandt JL, 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(5):365.
70. Documents d'Archives en ligne | Alcoholics Anonymous [Internet]. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.aa.org/fr/aa-archives-exhibits>
71. von Buelzingsloewen I. Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Vingtième Siècle Rev Hist.* 2002;76(4):99-115.
72. Clubhouse Directory | Clubhouse International [Internet]. [cité 5 mai 2023]. Disponible sur: <https://clubhouse-intl.org/what-we-do/international-directory/>
73. Battin C, Bouvet C, Hatala C. A systematic review of the effectiveness of the clubhouse model. *Psychiatr Rehabil J.* déc 2016;39(4):305-12.
74. Franck N. Entraide entre pairs : le modèle du clubhouse. *EM-Consulte* [Internet]. 2018 [cité 6 mai 2023]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1261966/entraide-entre-pairs-le-modele-du-clubhouse>
75. Clubhouse France. Clubhouse France [Internet]. Clubhouse France | Santé mentale. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.clubhousefrance.org/>
76. Di Vittorio P, Minard M, Gonon F. Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques. *Hermès Rev.* 2013;66(2):85-92.

77. Chamberlin J. On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System. 1978. 236 p.
78. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988;
79. Deegan PE. Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. avr 1993;31(4):7-11.
80. Roelandt L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, Francois G. Programme médiateurs de santé pair. 2015;
81. 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.
82. DIHAL. Un chez soi d'abord. Une nouvelle réponse à la prise en charge des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques [Internet]. 2014 [cité 28 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/ucsdb\\_plaquette\\_fr.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/ucsdb_plaquette_fr.pdf)
83. Estecahandy P. Le dispositif d'appartement de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». *Inf Psychiatr*. 2019;95(7):514-9.
84. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». 2016-1940 déc 28, 2016.
85. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;
86. van der Stel J. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. 2012.
87. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):586-94.
88. Nugent C. SAMHSA's Working Definition of Recovery.
89. Rappaport J. In praise of paradox : A social policy of empowerment over prevention. *Journal of Community Psychology*. 1981;
90. Jouet E. Le projet Emilia : inclusion sociale par la formation des personnes vivant avec un trouble psychique. *Savoirs*. 2013;31(1):69-80.
91. Greacen T, Jouet E. Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion. *Inf Psychiatr*. 2008;84(10):923-9.
92. CoFoR. Le COFOR [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.coforettablissement.fr/>
93. Hume D. *Traité de la nature humaine*. In 1737.
94. Gardien E. Pairjectivité : des savoirs expérientiels ni objectifs, ni subjectifs. *Éducation Social Cah CERFEE* [Internet]. 4 sept 2020 [cité 1 mai 2023];(57). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/edso/12581>

95. British Columbia Ministry of Health Services. Peer Support Resource Manual. 2001;
96. Le Cardinal P, Maugiron P. DEFINITION DE LA PAIR-AIDANCE, HISTORIQUE ET ÉTAT ACTUEL. 2019.
97. Espairs Rhône. Espairs - pair-aidants professionnels en santé mentale dans le Rhône [Internet]. espairs. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.espairs.org>
98. ESPER pro. ESPER pro - Médiateurs en santé pair [Internet]. Médiateurs en santé mentale. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://esperpro-mediateur.fr/>
99. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health. août 2011;20(4):392-411.
100. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Lebel P, Vanier MC, Débarges B, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique. 2015;
101. Université de Montréal. Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux. 2016.
102. Troisoeufs A. Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? Rhizome. 2020;75-76(1-2):27-36.
103. Niard C, Gross O, Maugiron P, Staedel B, Franck N. Pair-aidance professionnelle. 2023;
104. PAIR-AIDANCE au pôle Centre rive gauche [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2023 [cité 27 avr 2023]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/pair-aidance-au-pole-centre-rive-gauche>
105. La Maison Perchée [Internet]. [cité 28 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.maisonperchee.org/>
106. Quiles C, Renelleau C, Douriez E, Verdoux H. Efficacité des interventions de pair-aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). Revue systématique de la littérature. L'Encéphale. déc 2022;48(6):674-81.
107. Shalaby RAH, Agyapong VIO. Peer Support in Mental Health: Literature Review. JMIR Ment Health. 9 juin 2020;7(6):e15572.
108. White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, et al. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2020;20.
109. Vignaud A. La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2017;175(8):736-40.
110. Université de Tours. Pair-aidance croisée : théories et pratiques situées (DU) [Internet]. Formation Continue. Amandine Decarsin; [cité 29 mars 2023]. Disponible sur: <https://formation-continue.univ-tours.fr/version-francaise/formations-compatibles-avec-une-activite-professionnelle/sciences-de-leducation-et-de-la-formation-enseignement/pair-aidance-croisee-theories-et-pratiques-situees-du>

111. MOOC: Se rétablir, un vrai délire ? [Internet]. 2021 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.youtube.com/watch?v=OPdPdCEJa\\_c](https://www.youtube.com/watch?v=OPdPdCEJa_c)
112. Pelletier JF. Un MOOC sur le rétablissement en santé mentale [Internet]. 2019 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://criusmm.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca/fr/actualite/un-mooc-sur-le-retablissement-en-sante-mentale>
113. Association Régionale pour l'Institut de Formation du Travail Social. Intervenant Pair [Internet]. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://arifts.fr/se-preparer-se-former-pour-acquerir-une-certification/entry-754-intervenant-pair.html>
114. Institut Régional Supérieur du Travail Educatif et Social de Bourgogne. Travailleurs pairs - Irtess [Internet]. 2021 [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.irtess.fr/catalogue-formationen/travailleurs-pairs/>
115. Formation RESPAI [Internet]. Fédération des acteurs de la solidarité. [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.federationsolidarite.org/regions/bourgogne-franche-comte/formation/formation-respai/>
116. Pair Initiative. EPoP | Présentation du projet [Internet]. [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: <https://pair-initiative.fr/article/epop-presentation-du-projet>
117. Université des Patients - Transformer l'expérience des malades en expertise [Internet]. Université des Patients. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://universitedespatients-sorbonne.fr/>
118. Hude W, Pinet E. Les médiateurs de santé pair : une profession en devenir. *Inf Psychiatr*. 2020;96(7):527-32.
119. Staedel B, Hude W. Programme médiateurs de santé-pairs. ADSP. 2020;
120. Université Sorbonne Paris Nord. Licence MSP Bobigny.
121. Université de Bordeaux. Licence MSP Bordeaux.
122. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. DU de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2023 [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-pair-aidance-en-sante-mentale-741>
123. Javault P. La pair-aidance comme pont entre les femmes enceintes ayant des troubles psychiatriques et les professionnels de santé dans les services de maternité. 2022.
124. Chusseau H. L'activité sportive, outil de la pair-aidance dans l'accompagnement vers le rétablissement. 2020.
125. Uludag-Martin A. Pair-aidance et trouble de la personnalité borderline : dépasser les limites de la stigmatisation. 2022.
126. Université de Grenoble Alpes. Diplôme d'Université Pair-aidance professionnelle en psychiatrie et santé mentale [Internet]. 2023 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://formations.univ-grenoble-alpes.fr/fr/catalogue-2021/du-diplome-d-universite->

DU/diplome-d-universite-pair-aidance-professionnelle-en-psychiatrie-et-sante-mentale-L8IPND2V.html

127. Centre de Formation au Rétablissement. Formations - COFOR [Internet]. 2022 [cité 3 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.coforetablissement.fr/index.php/modules-de-formation/>
128. Université Aix Marseille. La pair-aidance dans la médiation en santé mentale | Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-type-de-formation/formations-diplomantes/la-pair-aidance-dans-la-mediation-en>
129. Pelletier JF. Se rétablir en santé mentale : fondements et pratiques du rétablissement par la pair-aidance.
130. Formations - Pairs Aidants Réseau [Internet]. Association Québécoise de Réadaptation Psychosociale. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/pairs-aidants-reseau/formations/>
131. Cartographie de la pair-aidance en Belgique francophone [Internet]. Cartographie pair-aidance. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://cartographie-pair-aidance.be/>
132. PRIKOP, Pro mente sana, EX-IN Suisse, Peer+. Recommandations pratiques pour l'engagement de pair praticien en santé mentale [Internet]. 2022 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.re-pairs.ch/\\_files/ugd/8e82a9\\_10a42c497c6c4956a5c63c3d08eebdbbe.pdf](https://www.re-pairs.ch/_files/ugd/8e82a9_10a42c497c6c4956a5c63c3d08eebdbbe.pdf)
133. En Route Association. La charte internationale de la pair-aidance, un projet ambitieux proposé par la FAPAF [Internet]. En Route ASBL. 2022 [cité 30 mars 2023]. Disponible sur: <https://enrouteweb.org/la-charte-internationale-de-la-pair-aidance-un-projet-ambitieux-propose-par-la-fapaf/>
134. ANSM. Homéopathie [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/homeopathie>
135. ANSM. Médicaments à base de plantes et huiles essentielles [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/qui-sommes-nous/notre-perimetre/les-medicaments/p/medicaments-a-base-de-plantes-et-huiles-essentielles>
136. Markowitz JS. Effect of St John's Wort on Drug Metabolism by Induction of Cytochrome P450 3A4 Enzyme. JAMA. 17 sept 2003;290(11):1500.
137. Hedrine : Herb Drug Interaction Database: Enter [Internet]. [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://hedrine.univ-grenoble-alpes.fr/>
138. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? Elsevier Masson. 2005;
139. Verdoux H, Quiles C, Bon L, Chéreau-Boudet I, Dubreucq J, Legros-Lafarge E, et al. Characteristics associated with self-reported medication adherence in persons with psychosis referred to psychosocial rehabilitation centers. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1 déc 2021;271(8):1415-24.
140. VIDAL, L'intelligence médicale au service du soin [Internet]. VIDAL. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>

141. Stahl S, Muntner N, Lemoine P. Psychopharmacologie essentielle: Bases neuroscientifiques et applications pratiques. 4e édition. Paris: Médecine Sciences Publications; 2015. 608 p.
142. Psycom, le site d'informations sur la santé mentale [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/>
143. Psycom. Médicaments psychotropes [Internet]. 2021 [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/11/Medicaments-psychotropes-2021.pdf>
144. CADTH. Le propranolol dans la prise en charge thérapeutique du trouble de stress post-traumatique : efficacité clinique [Internet]. [cité 19 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.cadth.ca/fr/le-propranolol-dans-la-prise-en-charge-therapeutique-du-trouble-de-stress-posttraumatique>
145. Simon PYR, Rousseau PF. Treatment of Post-Traumatic Stress Disorders with the Alpha-1 Adrenergic Antagonist Prazosin. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. mars 2017;62(3):186-98.
146. Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale. Enquête anonyme sur la pair-aidance en santé mentale et les médicaments utilisés en psychiatrie [Internet]. Centre ressource réhabilitation. 2023 [cité 26 mars 2023]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/etude-these-enquete-anonyme-sur-la-pair-aidance-en-sante-mentale-et-les>
147. Psycom. Les associations d'entraide [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 25 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/les-associations-dentraide/>
148. Bros M. La couleur des neuroleptiques : Journal intime d'un sevrage.
149. Lehmann P. Psychotropes, réussir son sevrage [Internet]. 2018 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fnac.com/a12751556/Peter-Lehmann-Psychotropes-Reussir-son-Sevrage>
150. Réseau PIC : Psychiatrie Information Communication [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://reseau-pic.info/>
151. Prescrire. Revue Prescrire [Internet]. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Fr/Summary.aspx>
152. Thiriez I. INDEX DES FICHES [Internet]. ALIÉNISTE & ROCKOLOGUE. 2021 [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://igorthiriez.com/index-des-fiches/>
153. Psychotropes.Info, SoutienBenzo. Manuel de sevrage des psychotropes [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.lulu.com/shop/psychotropesinfo-and-soutienbenzo/le-manuel-de-sevrage-despsychotropes/paperback/product-23737067.html>
154. Icarus Project, Freedom Center. Guide pour décrocher des médicaments psychotropes en réduisant les effets nocifs [Internet]. 2012 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.willhall.net/files/ComingOffPsychDrugsHarmReductGuide-French.pdf>
155. Underground Psychiatry. Underground Psychiatry [Internet]. [cité 30 avr 2023]. Disponible sur: <https://u-p-asso.fr/fr/accueil>
156. Maison Perchée. Des guides sur les troubles psychiques [Internet]. MaisonPerchée. [cité 14 avr 2023]. Disponible sur: [https://maisonperchee.org/\[uid](https://maisonperchee.org/[uid)

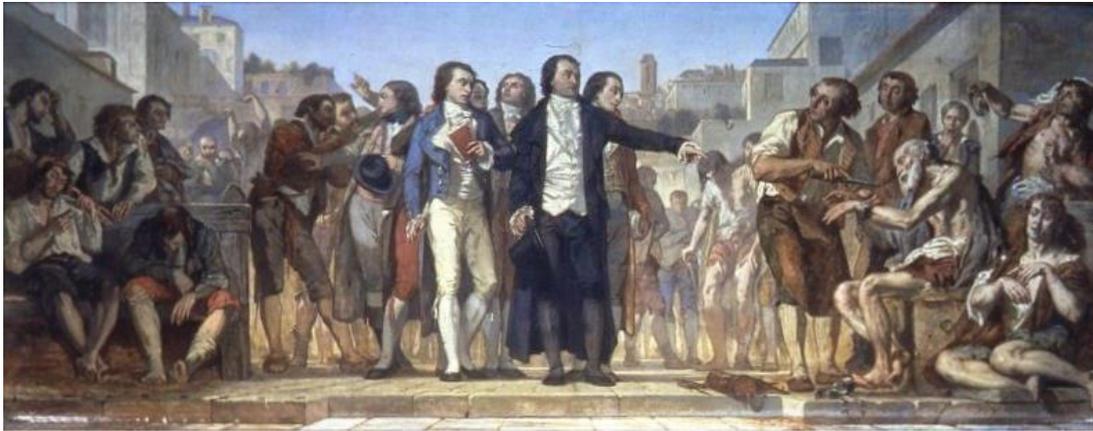
157. Soins et Professionnel.le.s [Internet]. RaptorNeuropsy. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.raptorneuropsy.com/soins-et-professionnel-le-s>
158. Santé et bien être avec Doctissimo [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/>
159. PasseportSanté : Actualité Santé, Alimentation, Exercice, Gestion Du Stress [Internet]. <https://www.passeportsante.net/>. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/>
160. Commission Decision of 21 November 2008 establishing of a list of herbal substances, preparations and combinations thereof for use in traditional herbal medicinal products (notified under document number C(2008) 6933) (Text with EEA relevance) (2008/911/EC) [Internet]. janv 26, 2018. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/dec/2008/911/2018-01-26/eng>
161. Hénart L, Berland Y, Cadet D, Verrier B, Féry-Lemonnier É. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire: Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer. *Hegel*. 2011;N° 1(1):2a.
162. Espairs Rhône. Bilan d'activité ESPAIRS Septembre 2021 à Juin 2022.
163. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, Muñoz NE, Mora-Gonzalez J, Migueles JH, et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med Auckl NZ*. sept 2019;49(9):1383-410.
164. Coles A, Maksyutynska K, Knezevic D. Peer-facilitated interventions for improving the physical health of people with schizophrenia spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. 2022.
165. Chapitre 1er : Exercice illégal. (Articles L4161-1 à L4161-6) - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171288>
166. Article L4223-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000021342921/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021342921/)
167. Berna F, Göritz AS, Llorca PM, Vidailhet P, Fond G, Moritz S. Would I take antipsychotics, if I had psychotic symptoms? Examining determinants of the decision to take antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. juill 2017;77:155-63.
168. Boardman G, McCann T, Kerr D. A peer support programme for enhancing adherence to oral antipsychotic medication in consumers with schizophrenia. *J Adv Nurs*. oct 2014;70(10):2293-302.
169. Belache M, Roux M, Bellet B. Plan de prise en ligne [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.plandeprise.fr/>
170. Ministère de la Santé et de la Prévention. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [Internet]. [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://signalement.social-sante.gouv.fr/>
171. Haute Autorité de Santé. Autisme et autres TED : diagnostic et évaluation chez l'adulte - Recommandations [Internet]. 2011 [cité 1 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/autisme\_et\_autres\_ted\_diagnostic\_et\_evaluation\_chez\_ladulte\_-\_recommandations.pdf

172. Tapering strips | Réduire de manière responsable votre consommation de médicaments [Internet]. [cité 24 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.taperingstrip.fr/>
173. Horowitz MA, Jauhar S, Natesan S, Murray RM, Taylor D. A Method for Tapering Antipsychotic Treatment That May Minimize the Risk of Relapse. *Schizophr Bull.* 8 juill 2021;47(4):1116-29.
174. Berna F, Schorr B, Dormegny-Jeanjean L, Clauss-Kobayashi J, Bregeon E, Causin JB, et al. Réduire ou arrêter les antipsychotiques dans la schizophrénie, une pure folie ? *Inf Psychiatr.* 2023;99.
175. Bosson A, Vadcard L, Allenet B. Intégration du patient partenaire au sein de simulations par jeu de rôle en pharmacie. *Pharm Clin.* 1 déc 2022;57(4):e137.
176. PSSM. PSSM France – Premiers Secours en Santé Mentale France [Internet]. [cité 1 mai 2023]. Disponible sur: <https://pssmfrance.fr/>
177. Se former - DPC [Internet]. CNOP. [cité 29 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-parcours-et-mes-demarches/se-former-dpc>
178. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. mars 31, 2022.
179. L'accompagnement du patient - Officine [Internet]. CNOP. [cité 26 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/je-suis-pharmacien-titulaire-d-officine/mon-exercice-professionnel/l-accompagnement-du-patient-officine>
180. Ministère de la Santé et de la Prévention. Promouvoir les directives anticipées en psychiatrie grâce à « Mon GPS » [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/les-laureats-du-concours/les-laureats-du-concours-2020/article/promouvoir-les-directives-anticipees-en-psychiatrie-grace-a-mon-gps>
181. Ministère de la Santé et de la Prévention, Prévention. Rédiger ses directives anticipées [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 31 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/la-prise-en-charge-palliative-et-les-droits-des-personnes-malades-et-ou-en-fin/article/rediger-ses-directives-anticipees>
182. Tinland A, Loubière S, Mougeot F. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness. *JAMA Psychiatry.* 2022;
183. Nicaise P, Lorant V, Dubois V. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community.* janv 2013;21(1):1-14.

## Annexes

Annexe 1 : Tableau de Charles Louis Müller, exposé aujourd'hui à l'académie de médecine à Paris



Annexe 2 : Trame finale du questionnaire diffusé « pair-aidance en santé mentale et médicaments utilisés en psychiatrie »

En rouge sont notés les champs conditionnels. Les astérisques représentent les questions obligatoires.

1. Votre identité

Quel est votre genre ? (facultatif) (femme/homme/non généré)

« \* » Quelle est votre date de naissance ?

« \* » \$ Quelles ont été vos motivations pour exercer la pair-aidance ? (partage d'expérience/légitimité/aider les autres/réinsertion professionnelle/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

« \* » Comment avez-vous entendu parler de pair-aidance ? (vos recherches personnelles/votre entourage (famille, amis, connaissances...)/associations/pair-aidants/professionnels de santé)

*Si « professionnels de santé » renseigné, cette question apparaît : « \* » \$ Quel(s) professionnel(s) de santé vous en a parlé ? (psychiatre/médecin généraliste/pharmacien/psychologue/infirmier/autres)*

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

Dans quel domaine avez-vous travaillé/étudié avant d'exercer la pair-aidance ?

Continuez-vous à exercer dans ce domaine ? (oui/non)

« \* » Avez-vous suivi un diplôme ou une formation pour exercer la pair-aidance ? (oui dans le passé/oui, actuellement/non)

*Si formation suivie dans le passé, cette question apparaît : « \* » Si oui, quel diplôme ou formation ? (Licence médiateur santé pair/Diplôme universitaire de pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement/autres)*

*Si formation suivie dans le passé, cette question apparaît : « \* » Si vous avez choisi « autres », définissez*

*Si formation suivie dans le passé, cette question apparaît : « \* » Dans quelle ville ?*

*Si formation suivie dans le passé, cette question apparaît : « \* » En quelle année avez-vous validé votre diplôme ou formation ? (Notez "en cours de validation" si vous suivez actuellement la formation)*

*Si pas de formation, cette question apparaît : « \* » Si non, pensez-vous vous former à l'avenir ? (oui/non)*

## 2. Votre exercice professionnel

L'activité principale désigne l'activité où vous exercez la pair-aidance le plus fréquemment. Les questions suivantes aborderont votre exercice professionnel dans votre activité principale actuelle.

« \* » Dans votre activité principale, vous exercez la pair-aidance comme... (autoentrepreneur/bénévole/salarié)

« \* » Depuis quelle année exercez-vous la pair-aidance ?

§ « \* » Actuellement, dans quelle(s) structure(s) exercez-vous la pair-aidance ? (services d'Hospitalisation complète (publics ou privés)/structures psychiatrie ambulatoire (publiques ou privées)/ établissements médico-sociaux (SAMSAH etc.)/associations/libéral)

Ici et dans le reste de l'enquête, un pair-aidant signifie une personne qui exerce la pair-aidance, peu importe sa formation ou son mode d'exercice.

La pair-aidance en santé mentale repose sur l'apport de personnes ayant vécu l'épreuve de la maladie psychique et pouvant s'être formées pour accompagner celles qui y font face en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. C'est une forme d'entraide professionnalisée.

§ Actuellement, quelle(s) mission(s) exercez-vous en tant que pair-aidant ? (entretiens individuels/groupes d'entraide/ psychoéducation/formations des pair-aidants ou étudiants/formations des autres professionnels de santé ou étudiants/autres : définissez)

« \* » si vous avez choisi « autres », définissez

En moyenne, combien d'heures par semaine exercez-vous la pair-aidance ?

§ « \* » Dans votre activité principale, travaillez-vous avec au moins un autre pair-aidant ? (oui, en binôme/oui, en réseau/non)

§ « \* » dans votre activité principale, travaillez-vous avec une équipe de soin ? (oui, en binôme/oui, en réseau/non)

« \* » Est-ce que votre structure propose des soins axés rétablissement (réhabilitation psychosociale, psychoéducation etc.) ? (oui/non)

« \* » En dehors de votre activité principale, intervenez-vous aussi comme pair-aidant sur les réseaux sociaux ? (oui/non)

## 3. Médicaments : vos connaissances

« \* » Connaissez-vous l'utilisation de chaque classe de médicament sur les pathologies rencontrées en psychiatrie ? (oui/non)

Ici, la différence entre l'information sur les effets secondaires est faite avant l'apparition de l'effet. On parle de gestion des effets secondaires quand l'effet secondaire est présent et que la personne cherche à avoir des conseils pour diminuer son impact sur son quotidien.

Parler d'impact sur le quotidien revient à dire que le médicament influence positivement ou négativement sur ses aptitudes à faire face aux situations quotidiennes.

« \* » Avez-vous des connaissances sur les sujets suivants ? (oui/non)

	Oui	Non
Impact positif sur le quotidien		
Impact négatif sur le quotidien		
Effets secondaires possibles		
Conseils sur la gestion des effets secondaires		
Informations sur le sevrage possible des médicaments		
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse		
Informations sur les « médecines alternatives « (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement)		

La phytothérapie désigne le recours à des plantes pour se soigner et l'aromathérapie désigne l'utilisation des huiles essentielles pour ce faire.

*Si formation suivie dans le passé, ce tableau apparaît :* « \* » Dans votre formation de pair-aidance, avez-vous eu un enseignement précis sur les sujets suivants ? (oui/non)

	Oui	Non
Impact positif sur le quotidien		
Impact négatif sur le quotidien		
Effets secondaires possibles		
Conseils sur la gestion des effets secondaires		
Informations sur le sevrage possible des médicaments		
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse		
Informations sur les « médecines alternatives « (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement)		

La phytothérapie désigne le recours à des plantes pour se soigner et l'aromathérapie désigne l'utilisation des huiles essentielles pour ce faire.

« \* » Aimeriez-vous une formation sur les sujets suivants ?

	Oui	Non
Impact positif sur le quotidien		
Impact négatif sur le quotidien		
Informations sur les effets secondaires possibles		
Conseils sur la gestion des effets secondaires		
Informations sur le sevrage possible des médicaments		
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse		
Informations sur les « médecines alternatives » (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement)		

#### 4. Médicaments : savoir expérientiel en pratique

« \* » Connaissez-vous le(s) diagnostic(s) psychiatrique(s) des personnes que vous accompagnez ? (oui/non)

§ Si oui, quel(s) type(s) de diagnostic avez-vous rencontré le plus souvent dans vos accompagnements ? (troubles psychotiques (schizophrénie etc...)/ troubles de l'humeur (bipolarité, cyclothymie etc...)/troubles de la personnalité (borderline, antisociale, etc...)/Troubles du spectre de l'autisme/Troubles du comportement alimentaire/Troubles anxieux/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

La question peut être abordée sans que vous en soyez à l'initiative.

« \* » Abordez-vous la question des médicaments utilisés en psychiatrie avec les personnes que vous accompagnez ? (oui/non)

« \* » Si la question des médicaments est abordée, qui a l'initiative d'aborder les sujets suivants ? (vous en tant que pair-aidant/personne concernée/équipe soignante/aucune des personnes citées/sujet non abordé)

	Vous en tant que pair-aidant	La personne concernée	L'équipe soignante	Aucune des personnes citées	Sujet non abordé
Impact positif sur le quotidien					
Impact négatif sur le quotidien					
Informations sur les effets secondaires possibles					
Conseils sur la gestion des effets secondaires					
Informations sur le sevrage possible des médicaments					
Outils pour favoriser l'adhésion médicamenteuse					
Informations sur les « médecines alternatives » (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie seulement)					

« \* » Conseillez-vous une documentation ou ressource sur les médicaments aux personnes ? (oui/non)

§ « \* » Si oui, laquelle ou lesquelles ? (vidal/stahl/psycom/groupes sur les réseaux sociaux/forums de discussion/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

## 5. Médicaments : votre parcours

§ « \* » Quel(s) professionnel(s) de santé avez-vous rencontré durant votre parcours de soin ? (psychiatre/médecin généraliste/pharmacien/psychologue/infirmier/pairaidant/autres : définissez)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

« \* » Avez-vous eu au moins un diagnostic psychiatrique ? (oui/non)

§ Par quel(s) type(s) de diagnostic êtes-vous concerné(e) ? (facultatif) (psychotique (schizophrénie etc...)/ troubles de l'humeur (bipolarité, cyclothymie etc...)/troubles de la personnalité (borderline, antisociale etc...)/Troubles du spectre autistique/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

**Ici, un médicament utilisé en psychiatrie est pris sur prescription médicale.**

« \* » Avez-vous déjà pris au moins un médicament utilisé en psychiatrie tous les jours pendant au moins 6 mois ? (oui /non)

« \* » Aujourd'hui prenez-vous au moins un médicament utilisé en psychiatrie tous les jours et depuis au moins 6 mois ? (oui /non)

« \* » Avez-vous déjà pris au moins un médicament utilisé en psychiatrie même ponctuellement ? (oui /non/je n'ai jamais pris de médicaments même ponctuellement)

« \* » Aujourd'hui prenez-vous au moins un médicament utilisé en psychiatrie ponctuellement ? (oui /non)

« \* » Avez-vous déjà constaté au moins un effet secondaire lorsque vous avez pris un médicament utilisé en psychiatrie ? (oui/non)

Si vous avez vécu plusieurs effets secondaires, choisissez celui qui a le plus impacté le plus votre quotidien.

« \* » Si oui, de 0 à 10, comment cet effet secondaire a limité votre quotidien ?  
(0 : n'a pas du tout limité mon quotidien ; 10 : a limité grandement mon quotidien)

« \* » Si oui, avez-vous pu être conseillé par un professionnel de santé pour les gérer ?  
(oui/non)

« \* » Est-ce que les médicaments ont amélioré votre quotidien ? (oui/non)

*Si « oui » renseigné, cette question apparaît* § « \* » si oui, comment ? (diminuer/stabiliser les symptômes/améliorer l'état physique/améliorer la qualité de vie/ éviter l'isolement social/ (re)trouver un emploi/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

« \* » est-ce que les médicaments ont limité votre quotidien ? (oui/non)

*Si « oui » renseigné, cette question apparaît* § « \* » si oui, comment ? (Accentuer les symptômes/limiter l'état physique/dégrader la qualité de vie/ accentuer l'isolement social/perdre un emploi/autres)

« \* » Si vous avez choisi « autres », définissez

« \* » Est-ce que les médicaments pris tous les jours et pendant au moins 6 mois vous ont aidé pour votre rétablissement ? (oui/non)

« \* » Est-ce que vos médicaments pris ponctuellement vous ont aidé pour votre rétablissement ? (oui/non/je n'ai jamais pris de médicaments même ponctuellement)

Les médecines alternatives désignent la phytothérapie, l'homéopathie et l'aromathérapie.

« \* » Est-ce que les « médecines alternatives » vous ont aidé pour votre rétablissement ? (oui/non/je n'ai jamais utilisé les « médecines alternatives »)

« \* » Est-ce que durant votre parcours de soin, les informations sur les effets secondaires étaient suffisantes ? (oui/non)

« \* » Est-ce que durant votre parcours de soin, les conseils sur la gestion des effets secondaires étaient suffisants ? (oui/non)

« \* » Est-ce que durant votre parcours de soin, le pharmacien en ville vous a donné les informations concernant vos médicaments ? (oui/non)

« \* » Est-ce que durant votre parcours de soin, le pharmacien en ville a répondu à vos questions à propos des médicaments, si vous en aviez ? (oui/non)

## 6. Vos questions

Avez-vous des remarques sur les questions figurant dans cette enquête ?

Avez-vous des remarques ou des questions sur le sujet abordé ?

#### Annexe 4 : Grille des réponses attendues

Question	Réponses attendues
Concernant vos motivations pour exercer la pair-aidance, si vous avez choisi « autres », définissez	Reconnaissance de son expérience ; Changer le système psychiatrique ; Promouvoir le rétablissement ; Lutter contre la stigmatisation en santé mentale ; Trouver un sens à sa vie
Concernant les professionnels qui vont ont parlé de la pair-aidance, si vous avez choisi « autres », définissez	Préparateur en pharmacie ; Neuropsychologue ; Infirmier Pratique Avancée ; Job coach ; Aide-soignant ; Psychomotricien ; Ergothérapeute ; Assistant social ; Educateur spécialisé
Dans quel domaine avez-vous travaillé/étudié avant d'exercer la pair-aidance ?	Ingénierie ; Santé (médecine, pharmacie, sciences infirmières) ; Langues étrangères ; Artisanat (menuiserie, plomberie) ; Traduction ; Aucun domaine ; chômage
Concernant votre formation en pair-aidance, si vous avez choisi « autres » définissez	Formation au rétablissement personnel (COFOR Marseille) ; Mentorat pour pair-aidants (université Montréal) ; Pair Praticien en Santé Mentale ; Intervenant pair (ARIFTS Angers) ; Travailleur pair (Irtess Dijon) ; Patient formateur (Bordeaux) ; DU partenariat soignant patient (Nantes, Montpellier) ; Formation patient expert
Dans quelle ville se déroulait cette formation ?	Paris ; Bobigny ; Lyon ; Bordeaux ; Dijon ; Marseille ; Grenoble ; Montréal ; Genève ; Angers ; Tours ; Nantes ; Montpellier ;
En quelle année avez-vous <u>validé</u> votre formation ?	Pas avant 2012 (= création formation MSP) jusqu'à 2022 « En cours de validation » ; « Non validé » Certains vont sûrement mettre une date alors qu'ils n'ont pas validé la formation (mauvaise lecture de la question)
Depuis quelle année exercez-vous la pair-aidance ?	Toutes les années possibles (même avant 2012) car les personnes peuvent exercer l'entraide depuis le début de leur parcours de soins
Concernant vos missions en tant que pair-aidant, si vous avez choisi « autres » définissez	Vulgarisation sur les réseaux sociaux ; Ecriture d'article de lutte contre la stigmatisation ; Création de projets ; Promotion de la pair-aidance et du rétablissement ; Coordination de formation et/ou de projet ; Direction d'association/structure
En moyenne, combien d'heures exercez-vous la pair-aidance par semaine ?	1h jusqu'à 48h (= durée maximale hebdomadaire moyenne)

Question	Réponses attendues
Concernant le(s) diagnostic(s) des personnes accompagnées ou que vous avez reçu personnellement ?	Troubles neurodéveloppementaux ; Troubles dys (dyslexie etc), trouble déficitaire de l'attention/TDAH ; Syndrome de stress post-traumatique ; Schizo-affectif ; Addictions (substances, jeux, sexe, sucre, téléphone etc...) ; Troubles dissociatifs de l'identité
Concernant les ressources sur les médicaments que vous transmettez aux personnes, si vous avez choisi « autres » définissez	Igor thiriez ; Réseau PIC ; Raptor neuropsy ; Dorosz ; Doctissimo ; passeportsanté.net
Concernant les professionnels que vous avez rencontré durant votre parcours de soin,	Préparateur en pharmacie ; Neuropsychologue ; Infirmier Pratique Avancée ; Job coach ; Aide-soignant ; Psychomotricien ; Ergothérapeute ; Assistant social ; Educateur spécialisé
Concernant le(s) diagnostic(s) reçus, si vous avez choisi « autres » définissez	Troubles neurodéveloppementaux ; Troubles dys (dyslexie etc), trouble déficitaire de l'attention/TDAH ; Syndrome de stress post-traumatique ; Schizo-affectif ; Addictions (substances, jeux, sexe, sucre, téléphone etc...) ; Troubles dissociatifs de l'identité
Concernant l'amélioration de votre quotidien grâce aux médicaments, si vous avez choisi « autres » définissez	Rencontrer mon conjoint/e ; Fonder une famille ; Refaire du sport ; Apaiser mes symptômes ; Retrouver une vie pleine de sens ; Retrouver sa famille
Concernant la limitation de votre quotidien à cause des médicaments, si vous avez choisi « autres » définissez	Divorce/séparation et perte des enfants ; Arrêter le sport ; Ne plus se sentir soi-même ; Pathologies somatiques (diabète, maladie thyroïdienne, maladies cardiaques, maladies rénales) ; Traumatismes (ex : injection si refus per os)

## Annexe 5 : Ressources utiles et non exhaustives en matière de médicaments à destination des pair-aidants

### INFORMATIONS ET PHARMACOLOGIE

- [Pharmacomédicale.org](http://Pharmacomedicale.org)
- [Réseau Psychiatrie Information Communication](#)
- [Site internet d'Igor Thiriez](#)
- [Centre Régional des Agents Tératogènes \(CRAT\)](#)

### SITES GOUVERNEMENTAUX

- [Base de données publique](#)
- [Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé \(ANSM\)](#)
- [Haute Autorité de Santé \(HAS\)](#)
- [Déclarer un effet indésirable au Centre Régional de Pharmacovigilance \(CRPV\)](#)

### PHYTOTHERAPIE

- [Agence Européenne des Médicaments](#)
- [Vidal](#)
- [Hedrine \(réservé aux professionnels de santé\)](#)

### OUTILS DIVERS

- [Créer un plan de prise](#)
- [Faciliter la déprescription et le sevrage](#)

## Annexe 6 : Journée du 29 septembre 2022 à Lille « Accompagnement en officine des patients adultes présentant des troubles psychiques »



**JEUUDI 29  
SEPTEMBRE 2022**

Accompagnement en officine des patients adultes présentant des troubles psychiatriques

# PROGRAMME

**FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE**  
3 Rue du Professeur Laguesse  
59000 Lille

### MATINÉE

**8h30 Accueil des participants**

**9h15 Ouverture de la journée**  
Dr **Grégory Tempremant** Président - URPS Pharmaciens Hauts-de-France  
Pr **Guillaume Penel** 1<sup>er</sup> Vice Doyen - UFR des Sciences de la Santé et du Sport de l'Université de Lille  
Pr **Benoit Vallet** Directeur Général - ARS Hauts-de-France

**9h30 Mythes et réalité de la psychiatrie**  
Dr **Martine Lefebvre** Présidente - Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy)

**10h15 Témoignages**  
Mme **Claude Finkelstein** Présidente - Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY)  
M. **Pierre Coubelle** - FNAPSY, membre du Clubhouse Lille

**10h30 Point de vue des aidants : quelles sont leurs attentes vis-à-vis du pharmacien d'officine ?**  
Mme **Laurence Trouiller** Déléguee départementale Nord - Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

**10h45 Patients présentant des troubles psychiques : quelles ressources et outils pour accompagner les pharmaciens d'officine dans leurs pratiques professionnelles ?**  
Dr **Claire Pollet** Pharmacien chef de pôle EPSM Lille-Métropole, Réseau PIC, Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)  
Pr **Guillaume Vaiva** Psychiatre, PU-PH - CHU de Lille  
Dr **Cynthia Choquet** Pharmacien - OMEDIT Hauts-de-France

**11h45 Temps d'échanges**

**12h COCKTAIL DÉJEUNATOIRE**

### APRÈS-MIDI

**13h Pathologies psychiatriques et cas cliniques**  
**Atelier 1 : patiente souffrant de schizophrénie**  
Dr **Claire Pollet** Pharmacien chef de pôle EPSM Lille-Métropole, Réseau PIC, Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)  
Dr **Maxime Bubrovsky** Psychiatre - F2RSM Psy  
**Atelier 2 : patiente souffrant de trouble bipolaire**  
Dr **Corinne Wattecamp** Pharmacien - EPSM Saint-André  
Dr **Michel Maron** Psychiatre - CHU de Lille  
**Atelier 3 : patient anxio-dépressif**  
Dr **Elodie Cuvelier** Pharmacien - CHU de Lille  
Dr **Philippe Chambaud** Psychiatre - GHICL  
*Chaque participant suivra les trois ateliers*

**14h45 Jeux de simulation (patient/pharmacien d'officine) via des cas concrets rencontrés à l'officine (sous forme de vidéos)**  
Pr **Pierre Thomas** Psychiatre - CHU de Lille  
Dr **Elodie Cuvelier** Pharmacien - CHU de Lille

**16h30 Clôture**  
Dr **Elodie Cuvelier** Pharmacien - CHU de Lille  
Dr **Martine Lefebvre** Présidente - Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy)  
Dr **Claire Pollet** Pharmacien chef de pôle-EPSM Lille-Métropole, Réseau PIC, Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)

Journée accessible en visio

Inscrivez-vous en ligne en tapant ce lien dans votre navigateur: <https://tinyurl.com/urpspsy> ou en flashant le QR code



Organisée par  Soutenue par 

En partenariat avec:     

## Annexe 7 : Ressources utiles et non exhaustives sur la santé mentale et le rétablissement en officine

### INFORMATIONS A PROPOS DES TROUBLES PSYCHIQUES ET DES MEDICAMENTS

- [Brochures d'informations du Psycom](#)
- [Réseau Psychiatrie Information Communication](#)
- [Brochures d'informations de l'association la Maison Perchée](#)
- [Brochures d'informations de l'association Raptor Neuropsychy](#)

### RETABLISSEMENT ET REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- [Annuaire des structures sur retab.fr](#)
- [Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale](#)
- [Annuaire des associations d'entraide sur psycom.org](#)

### OUTILS DIVERS

- [3114 - Numéro national de prévention du suicide](#)
- [Vidéo sur les Directives Anticipées en Psychiatrie \(DAP\)](#)
- [Autres outils du rétablissement sur le Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale](#)
-

Annexe 8 : Directives Anticipées en Psychiatrie

**● DIRECTIVES ANTICIPEES INCITATIVES EN PSYCHIATRIE ●**

**PERSONNE CONCERNEE ET PERSONNE DE CONFIANCE**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_ désigne \_\_\_\_\_ comme personne  
de confiance (*en application de l'article 1111-6 du Code de Santé Publique*), afin de faire valoir les directives anticipées  
en psychiatrie ci-rédigées, avec mon consentement lors de sa rédaction. Etant entendu que les directives anticipées  
incitatives en psychiatrie n'ont pas de valeur contraignante pour les proches et les soignant(e)s.

**Fait le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Seul(e) ou avec/en présence de la/du/des témoin(s) : \_\_\_\_\_

**SIGNATURES :**  
(Personne de confiance + témoin + propriétaire des D&A)

	Nom / Prénom	Coordonnées	Nature du Lien	Qui fait quoi ?
Personne de confiance				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				
Personne à prévenir n°3				

**IMPORTANT : Je suis capable de décider sauf quand...** (passage de relai à la personne de confiance)

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

- 1 -

**SIGNES AVANT-COUREURS POUVANT AMENER A LA « CRISE »**

1-

2-

3-

4-

**CE QUI M'AIDE (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)**

1-

2-

3-

4-

**CE QUI NE M'AIDE PAS (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)**

1-

2-

3-

4-

**SIGNAUX DE FIN DE « CRISE », QUAND ÇA VA MIEUX**

1-

2-

3-

4-

**EN CAS DE MISE EN DANGER (AUTO OU HETERO AGRESSIVITE)**

**A FAIRE**

**A NE PAS FAIRE**

.

.

**••• EN CAS DE « CRISE » •••**

**CE QUI M'AIDE**

**CE QUI NE M'AIDE PAS**

.

.

## TRAITEMENTS OU SOINS QUI M'AIDENT / NE M'AIDENT PAS

*(Relatif à l'article 1111.4 du Code de la Santé Publique sur le choix du traitement)*

### LES TRAITEMENTS QUI M'AIDENT, QUI PEUVENT ETRE UTILISES

TRAITEMENT/SOIN	POSOLOGIE	USAGE/EFFET	REMARQUES

### LES TRAITEMENTS QUI NE M'AIDENT PAS, QUI NE DOIVENT PAS ETRE UTILISES

TRAITEMENT/SOIN	POSOLOGIE	USAGE/EFFET	REMARQUES

### JE SOUHAITE ETRE CONDUIT(E) DANS UN LIEU DE SOIN : OUI / NON

*(Relatif à l'article 175 2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé sur le choix du lieu de soin)*

### LIEUX DE SOIN (HOPITAUX, CLINIQUES, SERVICES, ETC.) OU JE VEUX ETRE PRIS(E) EN SOIN

- 1.
- 2.
- 3.

**REMARQUES :**

- / / .

- 3 -

**LIEUX OU JE REFUSE D'ETRE PRIS(E) EN SOIN**

- 1.
- 2.
- 3.

**REMARQUES :**

**SI JE REFUSE TOUT LIEU DE SOIN (ou en attendant qu'une place en lieu de soins soit disponible)**

**PAR QUI JE SOUHAITE / JE REFUSE D'ETRE ACCOMPAGNE(E) - SUIVI(E)**

*(loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé)*

**PERSONNEL MEDICAL**

*(relatif à l'article 6, R.4127-6 du code de la santé publique sur le choix du médecin)*

Par qui je veux être accompagné(e)

Par qui je refuse d'être accompagné(e)

.

.

**PERSONNEL PARAMEDICAL (INFIRMIER(E)S ...), MEDIATEURS, TRAVAILLEURS SOCIAUX...**

Par qui je veux être accompagné(e)

Par qui je refuse d'être accompagné(e)

.

.

**AUTRES REMARQUES PERSONNELLES, CHOSES A SAVOIR, NOTES...**

L'université n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses.

Les opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Vu et permis d'imprimer

Montpellier, le 12 juin 2023

P/ le Président de l'Université de Montpellier et par délégation

Le Directeur d'U.F.R.

## Résumé de la thèse en français

Dans le contexte des soins de réhabilitation psychosociale, la pratique de la pair-aidance, qui se professionnalise depuis une dizaine d'années en France est l'un des principaux leviers du rétablissement. La pair-aidance en santé mentale repose sur l'expérience des personnes ayant des troubles psychiques pour accompagner d'autres personnes concernées. Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons au positionnement de ces professionnels en matière de médicaments utilisés en psychiatrie.

En premier lieu, nous décrivons le contexte de la prise en charge des troubles psychiques et de la pair-aidance en France.

Puis, nous présentons l'étude de pratique de pair-aidance notamment sur les thèmes de formation, connaissances et vécu des professionnels. Pour répondre à notre hypothèse, nous avons élaboré un questionnaire à destination des pair-aidants qui a permis de recueillir les réponses de 142 participants. Les résultats montrent que les pair-aidants abordent les médicaments dans leur pratique professionnelle et que leur formation facilite les échanges sur ces sujets.

Notre travail précise les différents axes d'amélioration, dont le cadre d'exercice et les missions des pair-aidants. En tant que pair-aidante en santé mentale et pharmacienne officinale, l'exercice pharmaceutique est soulevé pour faciliter l'accompagnement des personnes concernées. Dans ce contexte, le pharmacien peut être envisagé comme un facilitateur pour la personne concernée, à travers les informations qu'il peut transmettre et sa capacité à faire état des outils du rétablissement.

### **TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : (obligatoire)**

Peer support in mental health and psychiatry used-drugs : what positioning in professional practise ?

### **RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS (facultatif)**

In the context of psychosocial rehabilitation care, the practice of peer support, which has been professionalized over the last ten years in France, is one of the main medium of recovery. Peer support in mental health is based on the experience of people with psychological disorders to support other concerned people. In the context of our work, we are interested in the positioning of these professionals with regard to medications used in psychiatry.

First, we describe the context of the management of mental disorders and peer support in France.

Then, we present the study of peer-help practice, particularly on the themes of peer-support trainings, knowledges and professional experiments. To answer our hypothesis, we developed a questionnaire for peer workers which allowed us to collect the answers of 142 participants. The results show that peer workers address medication in their professional practice and that their trainings facilitate exchanges on these subjects.

Our work identifies areas for improvement, including the scope of practice and missions of peer workers. As a peer worker in mental health and a pharmacist, the pharmaceutical practice is raised to facilitate the support of the concerned persons. In this context, the pharmacist can be seen as a facilitator for the concerned person, through the information that he can transmit and his ability to communicate recovery tools.

### **PROPOSITION DE MOTS-CLES :**

Pair-aidance en santé mentale, médicaments, psychotropes, pair-aidance, pratique professionnelle