

# L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires

Recension des écrits liés au soutien par les pairs  
au sein des services de santé mentale



Traduction autorisée de *Using Personal Experience To Support Others With Similar Difficulties -A Review Of The Literature On Peer Support In Mental Health Services*



# **L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires**

**Recension des écrits liés au soutien  
par les pairs au sein des services de santé mentale**

**Julie Repper**

**Tim Carter**



## À propos des auteurs

**Julie Repper**, Ph.D., est *Reader* et *Associate Professor of Mental Health Nursing and Social Care*, School of Nursing, Midwifery and Physiotherapy, Faculty of Medicine & Health Sciences de l'Université de Nottingham au Royaume-Uni. Elle est l'auteure avec Mme Rachel Perkins, Ph.D., du livre « **Social Inclusion and Recovery** » publié en 2003 chez Baillière Tindall. Elle a travaillé sur le développement des principes, de la pratique et de la recherche portant sur le rétablissement et elle travaille actuellement sur un projet visant à créer des organisations axées sur le rétablissement. Elle a développé avec d'autres collègues un programme de formation pour les travailleurs pairs aidants et elle dirige un programme de deuxième cycle portant sur l'inclusion sociale et le rétablissement à l'Université de Nottingham. Elle dirige également le Nottingham Recovery College au sein des services de santé mentale du comté de Nottinghamshire en Angleterre.

<http://www.nottingham.ac.uk/nmp/people/julie.repper>

**Tim Carter** est assistant de recherche, School of Nursing, Midwifery and Physiotherapy, Faculty of Medicine & Health Sciences de l'Université de Nottingham au Royaume-Uni. Après avoir obtenu un diplôme en psychologie, il a été formé à titre d'infirmier en santé mentale et a travaillé pendant deux ans comme infirmier dans une unité de soins psychiatriques. Depuis qu'il a commencé à travailler comme agent de recherche pour l'école de soins infirmiers, il est demeuré inscrit comme infirmier en santé mentale et pratique sur une base occasionnelle.

<http://www.nottingham.ac.uk/nmp/People/Timothy.Carter>

## Citation recommandée

Repper, J. et T. Carter. (2010). *L'utilisation de l'expérience personnelle pour soutenir ceux ayant des difficultés similaires : recension des écrits liés au soutien par les pairs au sein des services de santé mentale*, Londres (Royaume-Uni), Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network. Traduction française éditée en 2012 par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRP), Québec (Canada).

### Ce document est une traduction en français de :

Repper, J. et T. Carter. (2010). *Using Personal Experience To Support Others With Similar Difficulties - A Review Of The Literature On Peer Support In Mental Health Services*, London, Together/The University of Nottingham/National Survivor User Network, [En ligne].

[<http://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf>]

(Consulté le 2 février 2012).

### Traduction

Daniel Gélinas, psychoéducateur et travailleur social, du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal

### Révision linguistique

Paul Di Biase, traducteur professionnel

### Photo

Manon Vaillancourt, « Auguste Rodin, *Mighty Hand*, ca. 1880, cast 1906, bronze (Legion of Honor Museum, SF) »

### Remerciements

L'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau (AQRP) remercient M. Jacques Gagnon, coordonnateur du Centre national d'excellence en santé mentale pour reconnaître le travail de traduction de M. Daniel Gélinas comme l'une des activités réalisées dans le cadre de ses fonctions d'agent de recherche au sein du CNESM; l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Institut universitaire en santé mentale de l'Université de Montréal pour l'acquittement des honoraires professionnels liés à la révision linguistique; et le Dr Alain Lesage pour son appui à la réalisation de ce projet.

Association québécoise pour la réadaptation psychosociale

Programme québécois Pairs Aidants Réseau

2380, avenue du Mont-Thabor, bureau 205

Québec (Québec) Canada G1J 3W7

Téléphone : 418-523-4190

Télécopieur : 418-523-7645

Courriel : [aqrp@qc.aira.com](mailto:aqrp@qc.aira.com)

Site web : < <http://www.aqrp-sm.org/> >

Toutes les références aux éléments de ce document sont autorisées à la condition d'en citer la source.

### Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, deuxième trimestre 2012

Bibliothèque Nationale du Canada, deuxième trimestre 2012

ISBN 978-2-921918-04-6

# TABLE DES MATIÈRES

<b>À propos des auteurs</b> .....	<b>i</b>
<b>Contexte</b> .....	<b>1</b>
<b>Buts et objectifs</b> .....	<b>2</b>
<b>Méthodologie</b> .....	<b>2</b>
Approche utilisée pour conduire la recension .....	2
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	3
Procédure de recherche .....	3
Analyse des données .....	3
<b>Résultats</b> .....	<b>4</b>
<b>Définition du soutien par les pairs</b> .....	<b>4</b>
Rôle du pair aidant .....	5
Quelle est la spécificité du soutien offert par un pair aidant? .....	8
L'efficacité des pairs aidants.....	8
<b>Bénéfices observés pour les usagers</b> .....	<b>9</b>
Taux d'admission et maintien dans la communauté.....	9
Reprise du pouvoir d'agir .....	10
Soutien social et le fonctionnement social.....	10
Empathie et reconnaissance.....	11
Réduction de la stigmatisation .....	12
L'espoir .....	12
<b>Bénéfices observés pour les travailleurs pairs aidants</b> .....	<b>12</b>
Consolider la poursuite du rétablissement .....	12
<b>Avantages observés pour le système</b> .....	<b>13</b>
Communication .....	13
Réduction de la charge de travail pour le personnel.....	13
Expliciter la valeur ajoutée de l'intervention des pairs aidants .....	14
La mise en place et l'adoption du soutien par les pairs .....	14
<b>Défis à relever</b> .....	<b>16</b>
Ami ou travailleur? .....	16
Le pouvoir .....	17

Les travailleurs pairs aidants face au stress.....	18
Responsabilisation .....	19
Protéger le rôle spécifique joué par le travailleur pair aidant.....	19
<b>Formation .....</b>	<b>20</b>
Formation continue, supervision et consultation.....	21
<b>Conclusion .....</b>	<b>22</b>
<b>Références.....</b>	<b>24</b>



## Contexte

Le soutien offert par les personnes ayant fait l'expérience de la maladie mentale a été amplement décrite dans les écrits consacrés à l'entraide mutuelle (par exemple) (Chamberlin 1988) et les comptes-rendus de la vie au sein des anciennes institutions asilaires (se reporter à) (Porter 1987). Ce soutien mutuel ou par les pairs semble offrir une valeur particulière ou supplémentaire, car « ...il dégage une porte de sortie que vous avez empruntée vous-mêmes » (Arnold 2009). Ainsi, parce que leur expérience est crédible, les pairs incarnent l'espoir et peuvent servir d'inspiration, et ils sont en mesure de partager des stratégies pratiques et des mécanismes d'adaptation.

Traditionnellement, le soutien par les pairs s'est déployé spontanément au sein des lieux partagés par les personnes ayant des problèmes de santé mentale alors que le soutien organisé et formel par les pairs a probablement commencé avec la création du mouvement des Alcooliques Anonymes. Cette organisation fonctionne sur le principe que l'aide apportée par les personnes qui ont vécu et surmonté l'abus d'alcool sera plus efficace pour aider les autres qui essaient de faire la même chose. Le partage de l'expérience constitue également l'assise sur laquelle repose les groupes d'entraide mutuelle en santé mentale et l'action de ces groupes engagés dans la défense des droits et la revendication auprès des services de santé mentale (Mead et Macneil 2004).

La recherche des écrits en dehors des publications officielles (littérature grise) permet de repérer un nombre impressionnant de descriptions d'organismes gérés par et pour les usagers (*peer led and peer run services*) au Royaume-Uni, aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Grèce, au Pérou et en Argentine. En fait, aux États-Unis, un rapport officiel fait état qu'il y a deux fois plus d'organismes de santé mentale gérés par les usagers et les familles des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves que ceux gérés traditionnellement par les professionnels (Goldstrom et coll. 2006). La plupart de ces organismes fournissent au sein de leur communauté locale du soutien aux personnes ayant un problème spécifique (abus de substance, troubles d'anxiété ou de panique, personnes ayant reçu récemment leur congé de l'hôpital, personnes en situation de crise) ou poursuivant un but bien défini (soutien aux études ou à l'emploi). Parmi eux, il y en a qui fournissent du soutien en ligne ou par téléphone, d'autres qui organisent des groupes d'entraide mutuelle, et d'autres encore qui créent des occasions pour permettre à des personnes de se rencontrer et de faire des choses ensemble. Comparé à ces organismes/services non professionnels, l'emploi de travailleurs pairs aidants (*peer support workers*) au sein des services de santé mentale s'est développé plus lentement, possiblement entravé par la stigmatisation et les stéréotypes liés à la maladie mentale. Ce n'est que récemment, peut-être aidé par la promotion d'une approche axée sur le rétablissement au sein des services de santé mentale, que la valeur du soutien formel par les pairs commence à être reconnue.

Dans la toute première recension des données probantes liées au soutien apporté par les pairs au sein des services de santé mentale, Davidson et ses collaborateurs décrivent trois grands types de soutien par les pairs : le soutien informel entre les pairs (qui émerge spontanément), l'implication des pairs au sein de programmes gérés par et pour des pairs ou par des usagers, et l'emploi rémunéré d'usagers à titre de dispensateurs de services et de soutien au sein des services traditionnels de santé mentale (Davidson et coll. 1999). Bradstreet structure sa recension plus récente à partir de ces trois dernières catégories, qui ont des caractéristiques distinctes et qui ont fait l'objet d'attention dans divers types d'ouvrages (Bradstreet 2006). Plusieurs recensions des écrits ont abordé le champ de l'entraide mutuelle (Pistrang et coll. 2008; Raiff 1984)

et des services gérés par et pour les usagers (*peer run services*) (par exemple) (Davidson et coll. 1999; Humphreys 1997). D'autres recensions proposent une synthèse de tous les types d'implication des usagers dans les activités d'évaluation, de formation et de dispensation des services de santé mentale (voir par exemple) (Simpson et House 2002). Or l'objet de la présente recension se concentre strictement sur l'embauche des travailleurs pairs aidants par les services traditionnels de santé mentale.

## **Buts et objectifs**

Cette recension d'écrits tirés de publications officielles vise à décrire le rôle joué par le soutien des travailleurs pairs aidants formels ou rémunérés et leur impact sur l'expérience des personnes après de qui ils interviennent; le système au sein duquel ils travaillent; et les effets de leur rôle sur leur propre bien-être personnel.

Divers termes sont utilisés pour décrire les personnes ayant vécu une expérience qui sont employées à soutenir d'autres qui font face à des défis similaires : « travailleurs pairs aidants » « usagers survivants » « usagers dispensateurs de services » « pairs éducateurs » « professionnels usagers » ou « spécialistes du soutien par les pairs ». Pour faciliter la lecture de ce texte, nous avons fait le choix d'utiliser les termes de « travail des pairs aidants » pour décrire les interventions déployées par ces pairs, et d'identifier ces pairs qui travaillent au sein de ce cadre formel d'intervention comme étant des « travailleurs pairs aidants ».

## **Méthodologie**

### **Approche utilisée pour conduire la recension**

Cette recension a été menée dans une optique pragmatique avec l'intention d'embaucher des travailleurs pairs aidants au sein des services locaux de santé mentale. Par conséquent, il nous intéressait de définir et de distinguer clairement le soutien par les pairs et d'établir comment il pourrait être mis en œuvre le plus efficacement possible. Cela a soulevé des questions méthodologiques : quel type de données probantes devrait être inclus (c'est-à-dire quelle sorte de stratégie de recherche serait la plus adéquate)? Comment définir l'intervention (c'est-à-dire quels seraient les critères d'inclusion et d'exclusion qui s'appliqueraient)? Compte tenu de l'ampleur des buts poursuivis, nous avons fait le choix d'utiliser une approche générale et pluraliste afin d'inclure plusieurs types de données probantes provenant de sources différentes ou multiples.

Les écrits publiés qui émergent de ce champ de connaissances sont constitués largement d'études qualitatives fondées sur l'utilisation de petits échantillons et caractérisées par des devis de recherche utilisant des méthodes descriptives, soit transversales ou bien prospectives (avec suivi). Bien que cela peut être dû au fait que ce type d'intervention en est encore à un stade précoce de son développement, cela peut également être dû aux limites et aux restrictions inhérentes au processus de recherche des études expérimentales fondées sur la constitution aléatoire des échantillons. Du point de vue des services de soutien par les pairs qui s'élaborent sur des principes d'inclusion et du développement d'une culture de reprise du pouvoir d'agir, la constitution aléatoire des échantillons pourrait modifier la nature du soutien par les pairs qui ferait l'objet de ce type de recherche (Resnick et Rosenheck 2008). En outre, dans la mesure où le soutien par les pairs est relativement innovateur et peu documenté, les informations fournies par les récits, les témoignages et les comptes-rendus qualitatifs sont tout aussi valables que les études comparatives et quantitatives centrées sur les effets et les résultats. Le développement du travail des pairs aidants au sein des services de santé

mentale soulève de nombreuses questions et des défis pour tous les intéressés et il n'est pas seulement pertinent de savoir si cela fait une différence, mais aussi d'examiner des questions encore inexplorées telles que, dans quelles circonstances, avec qui et comment s'élabore ce type d'intervention.

## Critères d'inclusion et d'exclusion

Les documents retenus ont été inclus seulement si :

- les pairs aidants offraient du soutien à des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- les pairs aidants travaillaient au sein de services officiels dirigés par des professionnels;
- les écrits ont été publiés entre 1995 et 2010.

Ils ont été exclus si :

- les pairs aidants travaillaient au sein d'organismes gérés par et pour les usagers;
- les pairs aidants n'offraient pas de soutien à d'autres personnes faisant face à de la détresse émotionnelle;
- les pairs aidants étaient employés pour dispenser de la formation ou conduire des entrevues de recherche;
- les écrits ont été publiés avant 1995.

## Procédure de recherche

La stratégie de recherche a utilisé trois approches différentes :

1. La procédure a débuté par la consultation des bases de données Cinhal, medline et psych INFO en utilisant les mots clés suivants : '*mental health*', '*consumer*', '*survivor*', '*recovery*', '*peer support*'. Par la suite, les résumés ont été examinés en quête de références au « soutien par les pairs » et à la « santé mentale » et tous les documents pertinents ont été acquis.
2. Cette procédure a été consolidée par l'identification de documents de synthèse qui ont permis d'acquérir des documents supplémentaires à partir de leurs références.
3. Des sites web pertinents ont été consultés.

## Analyse des données

L'énorme volume de documents générés par l'utilisation de plusieurs sources d'information pose un défi particulier. Une lecture systématique de tous les documents sélectionnés a donc été entreprise dans le but de les classer. Dans un premier temps, les items présents dans les documents ont tous été saisis dans un tableau (sous forme de matrice) identifiant le devis, l'intervention déployée et les résultats rapportés. À la suite de cette procédure de classement de l'information recueillie, une liste des principaux thèmes émergents de cet exercice a été élaborée sur la base des documents cités. Enfin, cela a conduit à la rédaction de ce texte qui vise à rassembler les principaux thèmes et la synthèse des conclusions tirées des écrits sélectionnés pour donner une analyse critique des implications et des lacunes à combler dans la compréhension des questions soulevées par la prestation de services de soutien par les pairs.

## Résultats

### Définition du soutien par les pairs

Il n'y a pas de définition universellement acceptée du soutien par les pairs, mais le terme fait généralement référence à un soutien mutuel offert par des personnes ayant traversé des expériences de vie similaires et difficiles. À la base, « l'approche » du soutien par les pairs suppose que les gens qui ont des expériences semblables peuvent établir un lien plus facilement et ainsi témoigner d'une empathie plus authentique et valider leur vécu (Mead et Macneil 2004). En outre, le soutien par les pairs est généralement décrit à partir d'un modèle de promotion du bien-être qui met l'accent sur les forces et le rétablissement : soit sur les attributs positifs des personnes et de leur capacité de fonctionner efficacement tout en offrant un soutien aux autres, plutôt qu'à partir du modèle de la description de la maladie qui met l'accent sur les symptômes et les problèmes rencontrés par les personnes (Carter 2000). Mead propose une courte définition globale du soutien par les pairs comme étant une relation permettant de « *donner et recevoir de l'aide fondée sur les principes clés de respect, de responsabilité partagée, et d'accord mutuel de ce qui est utile* » (p. 1) (Mead 2003).

À la fois au sein des groupes d'entraide mutuelle et des programmes gérés par et pour les usagers, les relations entre pairs sont appréciées pour leur réciprocité; c'est-à-dire qu'elles donnent une occasion de partage d'expériences, à la fois de donner et de recevoir du soutien, pour élaborer une compréhension mutuelle dans le cadre d'une synergie qui profite aux deux parties (Mead et coll. 2001). En revanche, lorsque les pairs sont embauchés pour fournir un soutien formel (à titre de pairs aidants), bien que la réciprocité soit une caractéristique du rapport entre ceux-ci et les usagers, on considère généralement que les pairs embauchés sont à un point plus avancé sur le chemin du rétablissement (Davidson et coll. 2006). Ils utilisent leur propre expérience d'avoir surmonté la détresse mentale pour soutenir ceux qui sont actuellement en crise ou en difficulté. Ce changement d'orientation d'une relation fondée sur la réciprocité à une relation moins symétrique fondée sur les rôles de « donneur » et de « receveur » de soins est à la base des différences observées entre le soutien par les pairs qui a lieu spontanément ou au sein des groupes d'entraide mutuelle et le soutien dispensé par des pairs aidants au sein du système de services de santé mentale (Davidson et coll. 1999). Toutefois, il semble bien que la relation fondée sur la réciprocité entre pairs soit présente quel que soit le cadre et qu'elle soit ainsi différente de la relation offerte par les autres intervenants sur la base de leurs compétences professionnelles.

Cela ne veut pas dire que le soutien par les pairs est dénué d'expertise, un point souligné dans le matériel de formation utilisé par l'organisme META en Arizona : « *le soutien par les pairs, c'est d'être un expert à ne pas être un expert, et cela demande beaucoup d'expertise* ».

La réciprocité qui est propre à la relation d'aide offerte par le travailleur pair aidant permet d'éviter le déséquilibre du pouvoir qui caractérise les relations entre les patients et le personnel soignant des services de santé mentale (Mead et coll. 2001). Le système de services de santé mentale fournit actuellement des services « à sens unique », qui perpétue des rôles figés d'aidant et d'aidé (Mead et Macneil 2004) ou « d'expert » et de « bénéficiaire passif » (Repper et Perkins 2003). En revanche, le soutien par les pairs fait valoir un processus d'échange mutuel de sorte que le travailleur pair aidant et l'utilisateur peuvent jouer des rôles multiples tout au long d'une interaction donnée. Par conséquent, ce type d'interaction se rapproche des relations qui se tissent au sein de la communauté de sorte qu'elle favorise l'intégration sociale et il évite que l'utilisateur se sente comme un malade mental dans la communauté (Mead et Macneil 2004).

En outre, le soutien par les pairs est une façon pour des gens d'échanger sur la base d'un partage des expériences et d'aller au-delà des limites perçues pour tisser des relations respectueuses et mutuellement responsables (Macneil et Mead 2003). En tant que tel, le soutien par les pairs peut être défini comme : « *un soutien social émotionnel, souvent associé avec un soutien instrumental, qui est mutuellement offert ou fourni par des personnes ayant un problème de santé mentale à d'autres personnes partageant un problème de santé mentale similaire pour favoriser l'émergence d'un changement social ou personnel voulu* » (p. 393) (Solomon 2004).

## Rôle du pair aidant

Il n'y a eu que quelques tentatives pour définir le rôle et la fonction spécifique du travailleur pair aidant. Davidson et ses collaborateurs (Davidson et coll. 2006) proposent une synthèse des écrits dans ce champ et suggèrent une liste des fonctions possiblement déployées sur la base de l'expérience observée qui inclut : offrir de la compréhension, de l'acceptation et de l'empathie (ce soutien émotionnel pouvant contribuer à augmenter l'espoir, l'auto-efficacité et la volonté de prendre la responsabilité de travailler à son rétablissement); de jouer un rôle modèle et de fournir de l'information pratique, un appui afin d'accéder aux ressources de la communauté, et des idées à l'égard des stratégies d'adaptation et des habilités de résolution de problèmes; de permettre aux usagers d'entrer en contact avec « *d'autres visions du monde qui nous entoure, d'autres façons de penser, et d'autres milieux qui procurent des antidotes cognitifs et sociaux à l'isolement, le désespoir et le découragement vécus par plusieurs personnes suite aux contacts qu'ils ont avec les services de santé mentale* » (p. 448)

Mowbray propose une définition plus large du rôle joué par le travailleur pair aidant : « *la possibilité d'établir des relations avec des pairs aidants peut contrecarrer la stigmatisation présente mais non admise, la discrimination et les préjugés et mettre pleinement l'accent sur l'inclusion sociale plutôt que de s'en tenir strictement à la gestion des symptômes, tout en inculquant l'espoir par l'exemple du rôle modèle que le rétablissement est possible, en aidant les utilisateurs de services de s'y retrouver dans le système et d'apprendre à maîtriser des stratégies d'adaptation avec succès* » (p. 398) (Mowbray et coll. 1997).

Compte tenu de la rareté des études décrivant les processus de soutien par les pairs, il est utile de décrire quelques-uns des services qui ont été développés.

1. Le département de la santé mentale de l'État américain du Missouri s'est engagé à embaucher des travailleurs pairs aidants comme stratégie principale pour orienter son système de santé mentale sur la base d'un modèle de bien-être (axé sur le rétablissement) qui soutient la reprise du pouvoir d'agir des personnes en leur permettant d'établir leurs objectifs de santé mentale et de gérer leur propre santé mentale par le biais de l'éducation et du soutien. Pour réaliser cette transformation, le Missouri accorde autant d'importance à l'expertise de l'expérience vécue qu'à d'autres titres, qualifications et bases de connaissances.

2. L'État américain de la Géorgie a développé un des premiers programmes de formation accrédité en soutien par les pairs. On y reconnaît que la responsabilité première des spécialistes certifiés de l'entraide par les pairs est d'offrir des services d'intervention directe « *conçus pour aider les usagers à reprendre le contrôle sur leur propre vie et le contrôle de leur processus de rétablissement* » (Sabin et Daniels 2003).
3. L'organisme Recovery Innovations (RIAZ) a vu le jour dans l'État américain de l'Arizona comme service d'intervention de crise connu sous le nom de META. Il y a une dizaine d'années, la direction de cet organisme a pris la décision de transformer ce service pour lui donner une orientation axée sur le rétablissement. C'est pourquoi on a commencé à y embaucher des pairs aidants au sein du personnel et on y a mis en place une politique destinée à éliminer la contention forcée et les mesures d'isolement. Avec environ 65 % du personnel embauché à titre de travailleur pair aidant et un autre 20 % du personnel professionnel qualifié ayant fait l'expérience personnelle de problèmes de santé mentale, cet organisme a adopté une philosophie du rétablissement axée sur l'éducation et offre des programmes d'éducation gérés par les usagers dans diverses domaines, y compris le bien-être, l'accès au travail ou à l'éducation, l'acquisition d'habiletés pratiques et l'implication d'usagers dans les services comme personnel aidant (Ashcraft et Anthony 2005). Recovery Innovations (RIAZ) a depuis pris de l'expansion et développé des services de soutien communautaire, de soutien au logement et de répit et d'hébergement (*peer run 'living room'*).

Le service de répit et d'hébergement (*peer run 'living room'*) a été créé pour offrir une solution de remplacement au centre de crise traditionnel et donner aux utilisateurs de services en crise accès à un espace géré principalement par des travailleurs pairs aidants. Le succès de ce service a été attribuée à l'empathie que les travailleurs pairs aidants sont en mesure de témoigner aux utilisateurs de services et l'emphase qu'il mettent sur la personne plutôt que sur le problème (Ashcraft et Anthony 2008). Les pairs aidants ont fourni le moyen par lequel réorienter l'ensemble des services vers une culture axée sur le rétablissement. D'autres changements systémiques de cet organisme comprennent la cessation de l'utilisation de la contention, de l'isolement et de la médication forcée.

4. Shery Mead et ses collègues fournissent de la formation pour les pairs aidants et ont rédigé des documents importants à l'égard de la définition et du processus de soutien par les pairs. Ce qui sous-tend leurs idées est la conviction que les moments de crise peuvent opérer une transformation lorsque les personnes reçoivent des soins à l'intérieur de relations mutuelles de soutien, ce qui permettrait d'explorer de nouvelles façons de penser à ces expériences. Plus précisément, la crise n'est pas appréhendée par le biais de la maladie, mais plutôt identifiée comme un moment où les personnes peuvent apprendre et partager leur expérience dans le but d'aller au-delà et d'en tirer des leçons. Comme le souligne Mead, cette expérience fait l'objet d'un « partage » plutôt que d'une « prise en charge » (Mead 2003). MacNeil et Mead ont développé des normes de pratique (associées à des indicateurs) pour rendre compte du soutien par les pairs en conduisant une étude ethnographique auprès d'un centre d'entraide gérés pour et par des usagers (*Peer Centre*) au sein d'un système traditionnel de santé mentale (Macneil et Mead 2003).

Ces normes de pratique impliquent :

- Que le soutien par les pairs fait la promotion d'un apprentissage critique pour recadrer les expériences;
  - Que la culture du soutien par les pairs procure un sentiment d'appartenance à une communauté;
  - Qu'il y a une grande flexibilité dans les types de soutien offerts;
  - Que les activités de soutien par les pairs sont riches d'enseignement (par le biais du partage des habiletés, des connaissances, de l'expérience...);
  - Que les relations s'élaborent sur la base d'une responsabilité mutuelle;
  - Que le soutien par les pairs intègre des éléments sophistiqués de sécurité et que cette sécurité est négocié sur une base mutuelle.
5. Plus près de nous, le gouvernement écossais a récemment endossé l'embauche de travailleurs pairs aidants à la suite du succès enregistré par un projet pilote de soutien par les pairs. Un rapport de recherche (McLean et coll. 2009) a fait le constat que les travailleurs pairs aidants ont été en mesure d'établir des relations accueillantes et empathiques permettant de surmonter la dynamique de pouvoir qui peut parfois se manifester dans une relation entre personnel soignant et patient. Le climat de réciprocité engendré par le partage de l'expérience s'est révélé être un facteur important pour soutenir le processus du rétablissement en offrant de l'espoir pour les usagers d'une manière unique qu'aucune autre personne de l'équipe médicale ne pouvait offrir. Enfin, il a été noté que malgré le chevauchement de certaines activités réalisées par les travailleurs pairs aidants avec celles d'autres intervenants offrant du soutien, le fait que leur relation est mutuelle encourage le pair aidant et l'aidé à travailler ensemble d'une façon différente qui serait complémentaire à celle qui gouverne les rapports avec les autres membres de l'équipe.
6. Il y a très peu de rapports publiés sur l'emploi de travailleurs pairs aidants au sein des services publics de santé mentale en Angleterre. L'exception est celle de l'étude d'un petit projet pilote réalisée dans le sud-ouest de Londres. Perkins et ses collaborateurs rendent compte de leur expérience de l'embauche de deux travailleurs pairs aidants à temps partiel au sein d'une unité psychiatrique de soins intensifs d'un hôpital. Les entrevues qualitatives réalisées avec les patients hospitalisés avant et à la suite de cette initiative ont révélé qu'il y avait eu une augmentation marquée des occasions où pouvoir parler de leurs propres expériences et que les patients croyaient nettement davantage à la possibilité d'un rétablissement pour eux-mêmes (Perkins 2010).
7. Un autre petit projet pilote a fait l'objet d'un rapport par des auteurs qui ont évalué l'expérience d'un service géré par un organisme communautaire (*voluntary sector run service*) qui offrait du soutien par les pairs aux personnes utilisant les services d'intervention précoce de Nottingham (Coleman et Campbell 2009). Deux travailleurs pairs aidants à temps partiel, sélectionnés sur la base de leur propre expérience d'utilisation de ces services d'intervention précoce, ont mis en place un groupe de rencontre sociale dans la communauté, facilité l'accès à l'intégration des usagers au sein des activités et des services et offert du soutien pour pouvoir se rendre à des événements sociaux ou musicaux, des clubs, des ateliers de musique ou d'autres activités, selon les requêtes des personnes référées à ce service.

Il est important de noter que le rôle du travailleur pair aidant n'est pas confiné seulement aux services de soins intensifs ou de réadaptation axés sur le rétablissement. Les travailleurs pairs aidants sont également employés dans les services spécialisés de santé mentale incluant; les services destinés aux personnes en situation d'itinérance qui présentent des problèmes de comorbidité psychiatrique et d'abus de substances (Fisk et coll. 2000), les services de santé mentale destinés spécifiquement aux jeunes adolescents (Killackey 2009), les services destinés au traitement des toxicomanies (White 2004) et les services de psychiatrie médico-légale (Davidson et Rowe 2008).

## **Quelle est la spécificité du soutien offert par un pair aidant?**

Ce qui distingue clairement les travailleurs pairs aidants des autres intervenants, c'est l'obligation pour les titulaires d'un poste de pair aidant d'utiliser et de partager leurs propres expériences de souffrance émotionnelle et/ou d'utilisation des services de santé mentale dans le but de servir de modèle et d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information aux personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'ils ont vécu. Bien que de nombreuses personnes qui travaillent dans les services de santé mentale ont déjà utilisé des services de santé mentale dans leur vie (Ghoury et coll. 2010; Perkins et Rinaldi 2005), et que cette expérience aura inévitablement un impact sur leur travail, ils peuvent ou pas divulguer cette expérience et ils occupent des rôles plus ou moins conventionnels.

De nombreux services ont mis en place des programmes pour embaucher des usagers dans des postes réguliers mais cela a conduit rarement à leur demander d'utiliser leur propre expérience personnelle pour soutenir d'autres personnes vivant des situations similaires. Il est important de prendre ce dernier point en considération lors de l'examen des écrits publiés dans ce champ, dans le sens où plusieurs études rendent compte de l'embauche d'usagers dans des postes ou des rôles traditionnels (par exemple) (Solomon et Draine 1996), de sorte qu'il est nécessaire de distinguer ces études de celles liées à l'emploi d'usagers dans des postes spécifiquement conçu pour offrir de l'empathie auprès d'autres usagers pour tisser une relation d'aide et d'engagement avec eux sur la base du partage d'une expérience similaire (par exemple) (Sells et coll. 2006).

## **L'efficacité des pairs aidants**

La plupart des études recensées dans les écrits à l'égard des pairs aidants s'intéresse à l'impact de leur intervention en termes des avantages qu'en traitent ceux qui reçoivent ce type de soutien. Quoi qu'il en soit, seulement sept études expérimentales randomisées rencontrent les critères d'inclusion de la présente synthèse (Clarke et coll. 2000; Davidson et coll. 2004; Dummont et Jones 2002; O'Donnell et coll. 1999; Rogers et coll. 2007; Sells et coll. 2006; Solomon et Draine 1995) et celles-ci présentent des conclusions contradictoires et utilisent des mesures de résultats variés.

L'appréciation de ces résultats est faite à la lumière des données probantes émergeant d'études plus larges; de sorte que la jonction effectuée avec les études suivantes donne un tableau plus complet de l'impact de l'intervention des travailleurs pairs aidants à l'égard de : la reprise du pouvoir d'agir (Corrigan 2006; Dummont et Jones 2002; Nelson et coll. 2007; Resnick et Rosenheck 2008; Rogers et coll. 2007), les taux d'admission (Chinman et coll. 2001; Clarke et coll. 2000; Dummont et Jones 2002; Forchuk et coll. 2005; Lawn et coll. 2008; Min et coll. 2007; O'Donnell et coll. 1999; Solomon et Draine 1995), l'estime de soi (Davidson et



coll. 2004; Verhaeghe et coll. 2008), la stigmatisation (Verhaeghe et coll. 2008), la qualité de vie (Nelson et coll. 2007; O'Donnell et coll. 1999; Resnick et Rosenheck 2008; Solomon et Draine 1995), la détresse liée aux symptômes (Davidson et coll. 2004; Nelson et coll. 2007; Resnick et Rosenheck 2008; Solomon et Draine 1995), la satisfaction à l'égard des soins et des services (O'Donnell et coll. 1999; Solomon et Draine 1995), le sentiment de confiance (Resnick et Rosenheck 2008), l'intégration communautaire (Nelson et coll. 2007; Trainor et coll. 1997), le soutien social (Nelson et coll. 2007; Solomon et Draine 1995) et le fonctionnement social (Davidson et coll. 2004; O'Donnell et coll. 1999; Resnick et Rosenheck 2008; Yanos et coll. 2001).

## Bénéfices observés pour les usagers

### Taux d'admission et maintien dans la communauté

Les études expérimentales randomisées qui ont pris les taux d'admission en considération rapportent des résultats mitigés; dans leur étude rapportant des résultats échelonnés sur une période de deux ans, Solomon et Draine n'ont trouvé aucune différence liée à l'intervention des usagers-intervenants ou à celle dispensée par le personnel régulier à l'égard des taux d'admission et de la durée des hospitalisations des clients suivis (Solomon et Draine 1995). De leur côté, O'Donnell et ses collaborateurs n'ont trouvé aucune différence significative à l'égard des taux d'admission lorsqu'ils ont évalué l'impact de trois modalités différentes de *case management*; un programme régulier de *case management*, un programme de *case management* axé sur le client (*client focused*) et un programme de *case management* axé sur le client (*client focused*) avec l'ajout de pairs aidants (O'Donnell et coll. 1999). Il ne serait pas irraisonnable de dire qu'un résultat ne démontrant aucune différence signifierait que les gens en rétablissement sont capable d'offrir un soutien qui maintien les taux d'admission (taux de rechute) à un niveau comparable à celui réussi par les intervenants ayant une formation professionnelle. Or, il est intéressant de noter que Clarke et ses collaborateurs en comparant l'impact des interventions d'équipes de suivi intensif œuvrant dans la communauté composées exclusivement de travailleurs pairs aidants avec celles composées exclusivement de non utilisateurs de services, ont constaté que les personnes suivies par les travailleurs pairs aidants avaient tendance à se maintenir plus longtemps dans la communauté avant d'être hospitalisées en psychiatrie pour la première fois (Clarke et coll. 2000).

La majorité des résultats enregistrés à l'égard des taux d'admission sont positifs, ce qui suggère que les personnes ayant été suivies par des pairs aidants ont tendance à présenter des taux d'admission plus bas et des périodes de maintien dans la communauté plus longues. Chinman et ses collaborateurs ont comparé l'impact d'un programme de suivi à l'externe dispensé par des pairs aidants avec celui d'un programme traditionnel de soins ambulatoires et ils ont enregistré une réduction de l'ordre de 50 % des hospitalisations subséquentes parmi le groupe de patients suivis par les pairs aidants comparé au groupe de patients suivis par les services ambulatoires et que seulement 15 % des patients suivis par les pairs aidants avaient été réhospitalisés au cours de la première année d'opération de ce programme (Chinman et coll. 2001). En outre, Forchuk et ses collaborateurs en évaluant l'impact d'un programme qui faisait appel à l'apport de pairs aidants lors du processus d'actualisation du congé de l'hôpital ont trouvé une réduction significative des taux d'admission et une augmentation du taux de congé octroyé pour les patients hospitalisés (Forchuk et coll. 2005).

Dans une étude comparative longitudinale, Min et ses collaborateurs ont trouvé que les usagers impliqués dans un programme de soutien par les pairs ont affiché de plus longues durées de maintien dans la communauté et enregistré d'une façon significative moins de réhospitalisations sur une période de trois ans (Min et coll. 2007). Enfin, l'évaluation d'un service australien de pairs aidants conçu pour aider des usagers de services en santé mentale pour adultes à éviter d'avoir recours aux hôpitaux et à obtenir un congé anticipé de l'hôpital a montré que dans les trois premiers mois d'opération, plus de 300 jours-lits d'hospitalisation avaient été évité lorsque les pairs aidants étaient utilisés pour donner du soutien à des personnes à cette étape de leur processus de rétablissement (Lawn et coll. 2008).

## **Reprise du pouvoir d'agir**

La reprise du pouvoir d'agir est une dimension importante du soutien par les pairs. Elle se réfère à la capacité des personnes de surmonter la stigmatisation, la pauvreté et l'isolement social qui accentuent les déficits cognitifs, l'insécurité émotionnelle et les difficultés sociales. Une hausse des scores de reprise du pouvoir d'agir a été enregistrée par plusieurs études portant sur le soutien par les pairs (Corrigan 2006; Dummont et Jones 2002; Resnick et Rosenheck 2008). Davidson et ses collaborateurs suggèrent que cette amélioration de la reprise du pouvoir d'agir est attribuable à la nouvelle façon d'agir et de penser qui émerge de la réciprocité qui caractérise la relation de soutien par les pairs (Davidson et coll. 1999).

Dans une étude qualitative rapportant le point de vue des usagers, Ochoka et ses collaborateurs soulignent que l'implication dans une démarche de soutien par les pairs a conduit à un sentiment accru d'indépendance et de reprise du pouvoir d'agir autant pour les pairs aidants que pour les usagers suivis (Ochocka et coll. 2006). Plus précisément, l'engagement soutenu dans des activités de soutien par les pairs procure une stabilité accrue dans le travail, l'éducation et la formation, ce qui engendre à son tour un sentiment d'autonomie. En outre, les participants ont indiqué qu'ils avaient repris le contrôle de leurs symptômes/problèmes en faisant eux-mêmes de la recherche sur leur maladie, et que par conséquent, ils en sont venus à s'impliquer davantage dans la gestion de leur traitement, s'éloignant ainsi du rôle traditionnel de « malade mental ». Bien que cette étude s'élabore à partir d'un petit échantillon, l'ajout d'un groupe de comparaison qui bénéficiait des services habituels a permis de réduire l'impact d'autres variables externes qui pourraient expliquer les différences observées entre les deux groupes.

À cet égard, plusieurs études ont constaté que le soutien par les pairs améliore l'estime de soi et la confiance (Davidson et coll. 1999; Salzer 2002). Ceci a été attribué à l'élaboration mutuelle de solutions, l'exploration commune ou partagée des sentiments profonds (Mead 2003) et la normalisation des réactions émotionnelles, dont l'expression est souvent découragée et perçue comme reflétant un état de crise au sein des services traditionnels de santé.

## **Soutien social et le fonctionnement social**

L'isolement social est souvent l'un des défis les plus importants auxquels font face les personnes ayant des problèmes de santé mentale. À l'exception des contacts superficiels avec le personnel des magasins par exemple, beaucoup d'usagers ont peu de contacts sociaux qui n'impliquent pas le personnel de santé mentale (Davidson et coll. 2004). À plusieurs reprises, des études portant sur les résultats rapportent des améliorations en termes de niveau et de qualité du soutien social, du réseau social, du fonctionnement social, et de l'intégration sociale.

Mead et ses collaborateurs affirment que l'engagement au sein d'une relation de soutien par les pairs permet aux participants de créer des relations et de pratiquer une nouvelle identité (qui n'est pas celle du malade mental) qui s'élabore au sein d'un environnement social où l'on se sent soutenu et en sécurité (Mead et coll. 2001). Ce constat est appuyé par Yanos et ses collaborateurs dans une étude transversale qui a rapporté une amélioration du fonctionnement social d'usagers impliqués au sein d'un organisme géré par et pour les usagers comparativement à ceux impliqués au sein des services traditionnels de santé mentale (Yanos et coll. 2001). Ce changement peut s'expliquer par le fait que les usagers qui s'engagent dans une relation de soutien par les pairs font face à des perspectives différentes et interagissent avec des modèles de réussite permettant ainsi le partage des habiletés pour résoudre des problèmes et s'adapter, ce qui contribue à l'amélioration du fonctionnement social (Kurtz 1990).

Dans une étude longitudinale, Nelson et ses collaborateurs (Nelson et coll. 2007) rapportent qu'après trois ans de suivi, les usagers impliqués de façon continue dans des programmes de soutien par les pairs ont enregistré significativement de meilleurs scores que ceux des groupes de comparaison sur une échelle de mesure de l'intégration à la communauté (*Meaningful Activity scale*) (Maton 1990). Ces résultats vont dans le même sens que ceux enregistrés par une étude qualitative précédente dans laquelle les membres d'organismes de soutien par les pairs (*Peer support initiatives*) de l'Ontario ont rapporté une amélioration de leur intégration à la communauté (Trainor et coll. 1997).

Ochoka et ses collaborateurs ont rapporté des résultats de suivi au neuvième et au dix-huitième mois. Les usagers ayant bénéficié de soutien par les pairs ont indiqué qu'ils avaient plus d'amis et plus de soutien social, non seulement au sein de l'organisme où ils étaient impliqués, mais également dans d'autres contextes et relations, comparativement aux usagers qui ne recevaient pas de soutien par les pairs (Ochocka et coll. 2006). De la même façon, Forchuk et ses collaborateurs ont constaté que les usagers ayant bénéficié du soutien par les pairs affichaient une amélioration du soutien social, un renforcement des compétences sociales et un meilleur fonctionnement social (Forchuk et coll. 2005).

## **Empathie et reconnaissance**

Un aspect important du soutien par les pairs est le sentiment de reconnaissance et d'empathie réelle acquise par l'expérience d'une relation fondée sur le partage (Davidson et coll. 1999). Dans une étude qualitative explorant le soutien par les pairs en santé mentale, Coatsworth-Puspokey et ses collaborateurs ont constaté que les usagers estimaient que le savoir expérientiel affiché par les travailleurs pairs aidants créaient un climat de « camaraderie » et un « lien » qui leur donnaient le sentiment que les défis qu'ils avaient à relever étaient mieux compris (Coatsworth-Puspoky et coll. 2006).

De même, Paulson et ses collaborateurs ont fait la démonstration par l'analyse qualitative de leurs données qu'il y avait des différences significatives à l'égard de l'orientation de l'intervention des pairs aidants et des autres intervenants au sein d'une équipe de suivi intensif en équipe. Plus précisément, les pairs aidants mettaient l'accent sur le fait « d'être » avec les clients alors que les autres intervenants mettaient l'accent sur le fait de « faire » des tâches avec les clients. En outre, tous les intervenants reconnaissaient que c'était les pairs aidants qui avaient la meilleure compréhension de la situation vécue par le client et que cela était leur plus grand atout comme intervenant (Paulson et coll. 1999).

Enfin, dans une étude expérimentale randomisée menée par Sells et ses collaborateurs comparant les résultats de l'intervention auprès de personnes bénéficiant du soutien par les pairs ou du suivi traditionnel, les usagers ayant reçu des services de soutien par les pairs ont déclaré avoir un plus grand sentiment d'être reconnu, compris et apprécié comparativement aux usagers ayant bénéficié des services traditionnels fournis par les dispensateurs de services de santé mentale après six mois de suivi (Sells et coll. 2006).

## Réduction de la stigmatisation

Ochoka et ses collaborateurs ont constaté que les participants impliqués dans le soutien par les pairs étaient moins susceptibles d'identifier la stigmatisation comme un obstacle pour trouver du travail et étaient plus susceptibles d'avoir un emploi (Ochoka et coll. 2006). Cela a du sens car les pairs aidants incarnent la possibilité de la reconnaissance et du succès, de sorte qu'ils peuvent surmonter les barrières engendrées par l'auto-stigmatisation qui n'est autre que l'anticipation d'être discriminé. En effet, dans une étude de Mowbray et ses collaborateurs, des travailleurs pairs aidants reconnaissent qu'en s'engageant dans la pratique du soutien par les pairs ils contribuent à changer les attitudes à l'égard de la maladie mentale en repoussant la stigmatisation et en renforçant l'espoir parmi les usagers avec qui ils travaillent (Mowbray et coll. 1998).

## L'espoir

L'un des bénéfices essentiels apportés par le soutien par les pairs est le sentiment d'espoir (croire en un avenir meilleur) créé par la rencontre de personnes qui se rétablissent, de personnes qui ont trouvé comment surmonter leurs difficultés et relever leurs défis (Davidson et coll. 2006). L'inspiration engendrée par la rencontre de personnes pouvant jouer un rôle modèle ayant eu du succès est difficile à mesurer. En fait, beaucoup de personnes qui ont reçu du soutien par des pairs sont étonnées de rencontrer des personnes qui décrivent le fait d'avoir vécu des expériences similaires aux leurs (se reporter à) (Ratzlaff et coll. 2006).

## Bénéfices observés pour les travailleurs pairs aidants

### Consolider la poursuite du rétablissement

Offrir du soutien à des pairs, tout comme en recevoir, a pour conséquence d'augmenter le sentiment de l'estime de soi. Salzer et Shear ont montré à l'aide d'une étude qualitative élaborée à partir de quatorze entretiens auprès de travailleurs pairs aidants, que plus de la moitié des répondants ont tiré des bénéfices du fait de se sentir appréciés et ont senti que leur confiance en soi et leur estime de soi a augmenté, ce qui alimente leur rétablissement (Salzer et Shear 2002). À cet égard, Ratzlaff et ses collaborateurs dans une autre étude ont eux aussi trouvé une amélioration de l'estime de soi des travailleurs pairs aidants (Ratzlaff et coll. 2006).

Le principe de la « thérapie de l'aidant » (*helper-therapy*) (Reissman 1965) peut expliquer l'augmentation de l'estime de soi observée chez les travailleurs pairs aidants puisqu'aider les autres peut être particulièrement gratifiant et entraîner un sentiment accru de compétence interpersonnelle. Il est intéressant de noter que les résultats de l'étude de Bracke et ses collaborateurs ont montré que le fait de procurer du soutien par les pairs était plus bénéfique que d'en recevoir en termes d'estime de soi et de reprise du pouvoir

d'agir notamment (Bracke et coll. 2008). Cela pourrait être dû à l'importance de l'emploi et au changement d'identité d'usager à dispensateur, qui conduit à devenir un « citoyen apportant une valeur et une contribution à la société » (Hutchinson et coll. 2006).

Mowbray a procédé à des entretiens approfondis auprès de onze travailleurs pairs aidants douze mois après la fin de leur contrat de travail. Ces travailleurs ont d'abord identifié le fait de gagner de l'argent comme étant le premier bénéfice qu'ils ont tiré de l'exercice de ce rôle, suivi de l'effet structurant de la routine du travail, l'encadrement offert et la sécurité d'un emploi leur permettant de divulguer leurs difficultés antérieures. Les répondants estimaient que l'exercice de ce rôle de pair aidant leur a permis d'acquérir des compétences, de la croissance personnelle et de l'estime de soi par l'accomplissement de quelque chose de valable (Mowbray et coll. 1998). Salzer et Shear ont eux aussi souligné que les travailleurs pairs aidants apprennent en exerçant ce rôle relationnel à développer des compétences et à mieux se connaître, ce qui les aide à composer avec leurs propres problèmes et ainsi facilite leur processus de rétablissement (Salzer et Shear 2002).

## **Avantages observés pour le système**

### **Communication**

Dans une enquête conduite auprès de 110 personnes (gestionnaires, intervenants et usagers) exerçant un rôle au sein de trois cliniques desservant des vétérans de l'armée américaine pour connaître leurs perceptions de la faisabilité et de l'acceptation des services de soutien par les pairs, Chinman et ses collaborateurs rapportent que les répondants étaient enthousiasmés à l'idée que les travailleurs pairs aidants puissent agir comme des « *agents de liaison entre le système de services de santé mentale et les patients afin d'améliorer la prestation des services* »; les répondants exprimaient également la conviction que les travailleurs pairs aidants pourrait aider à la fois les professionnels et les patients pour acquérir une meilleure compréhension des besoins des uns et des autres. À titre d'exemple, les termes médicaux utilisés par les médecins pourraient être vulgarisés pour les patients par les travailleurs pairs aidants et ces derniers pourraient également ramener le point de vue des patients auprès des médecins (Chinman et coll. 2006).

### **Réduction de la charge de travail pour le personnel**

L'intégration de travailleurs pairs aidants au sein du système de services de santé mentale peut diminuer la pression exercée sur le personnel ayant une surcharge de travail (Mowbray et coll. 1998). Les travailleurs pairs aidants peuvent également bonifier l'offre de services de santé mentale par l'assistance donnée aux usagers qui utilisent les services et l'aide apportée aux usagers pour les soutenir dans la réalisation de leurs propres activités, telles que la garde des enfants, les déplacements et surtout le développement des compétences personnelles (Mowbray et coll. 1996).

## Expliciter la valeur ajoutée de l'intervention des pairs aidants

Salzer identifie un certain nombre de théories qui pourraient expliquer les processus bénéfiques sous-jacents au soutien par les pairs (Salzer 2002) :

- La théorie de la comparaison sociale (Festinger 1954) postule que les personnes recherchent le contact d'autres personnes ayant des maladies similaires (c'est-à-dire des pairs) dans le but de normaliser leur expérience.
- La théorie de l'apprentissage social (Bandura 1977) suggère que des changements de comportement résultant de l'interactions avec les pairs sont plus susceptibles de se produire parce que les pairs sont perçus comme des modèles plus crédibles et que cela renforce l'auto-efficacité.
- Le soutien social est un élément particulièrement important du soutien par les pairs. Salzer décrit cinq types de soutien qui peuvent être fournis par les travailleurs pairs aidants : émotionnel, instrumental, informatif, de proximité (ou de camaraderie) et de validation (de l'expérience vécue).
- On pense que les groupes d'entraide offrent un antidote à la passivité qui peut résulter de la participation dans les services ayant une structure hiérarchique et diminuent l'isolement et le désespoir que connaissent beaucoup de personnes. Dans l'ensemble, la connaissance expérientielle favorise la prise de décisions et l'autodétermination qui renforcent la reprise du pouvoir d'agir.
- Le principe de la thérapie de l'aidant (*helper-therapy*) (Reissman 1965) suggère que le soutien par les pairs crée des occasions pour les usagers de bénéficier de l'aide qu'ils apportent à autrui à travers les relations plus réciproques qu'ils développent, l'impact du soutien mutuel dont ils sont témoins et l'approbation qu'ils reçoivent (Skovholt 1974).

## La mise en place et l'adoption du soutien par les pairs

Un certain nombre de documents clés ont présenté les leçons apprises à la suite de la mise en place du soutien par les pairs. Gates et Akabas ont interviewé les dirigeants de 27 organisations qui ont employé des travailleurs pairs aidants dans la ville de New York. Ils ont identifié cinq éléments clés qui ont entravé l'intégration des travailleurs pairs aidants dans les services où ils ont été employés : un manque de compréhension du rétablissement (parmi le personnel en place), la confusion dans les rôles (parmi les pairs et le personnel en place), le manque de confidentialité à l'égard de la trajectoire personnelle des pairs, des insuffisances à l'égard de l'organisation du travail et un soutien social inadéquat (Gates et Akabas 2007).

Afin de promouvoir l'intégration des travailleurs pairs aidants, Gates et Akabas proposent un certain nombre de mesures. Les politiques d'embauche suivies par les directions des ressources humaines devraient reconnaître l'équivalence entre l'expérience pertinente et les diplômes. Les postes offerts devraient être permanents, financés à même la masse salariale régulière et faire l'objet des mêmes normes d'évaluation et de performance liées aux autres postes. Le dossier médical de travailleurs pairs aidants recruté à l'interne pourrait être gardé confidentiel. Les travailleurs pairs aidants doivent avoir la possibilité d'obtenir des promotions; de sorte qu'il doit être clair au sein de l'organisation que les pairs aidants ont la même valeur que les autres membres du personnel. Les pairs aidants doivent également recevoir une formation pour assimiler les codes et procédures de leur lieu de travail et les postes de pairs aidants doivent être considérés comme des postes essentiels et non comme des ajouts optionnels (Gates et Akabas 2007).

Une récente rencontre au sommet d'employeurs de travailleurs pairs aidants provenant de 23 États américains (Daniels et coll. 2010) s'est déroulée pour déterminer le niveau et la nature de l'appui de l'État nécessaires pour transformer les services de santé mentale en intégrant le soutien par les pairs tel que stipulé dans des politiques récentes du gouvernement des États-Unis (par exemple) (*New Freedom Commission on Mental Health*, 2003). Chacun de ces États emploie entre 9 et 500 travailleurs pairs aidants et offrent une formation certifiée et reconnue par l'État qui dure entre 40 et 80 heures. Les défis rencontrés et les recommandations proposées dans ce rapport reflètent fidèlement ceux précédemment cités.

Les obstacles au développement du soutien par les pairs qui ont été rapportés par les participants à cette conférence sont : l'acceptation incomplète du rôle et de la valeur des travailleurs pairs aidants par les décideurs et les gestionnaires; le manque de compréhension du rôle joué par les travailleurs pairs aidants (par les autres et les travailleurs pairs aidants eux-mêmes); le stress des travailleurs pairs aidants engendré par leur double statut de « patient » et de travailleur; les implications liées à la réception de prestations d'aide sociale (*benefits*); la crainte de perdre son emploi. Les recommandations faites aux États comprennent le financement durable et le soutien à l'égard de plusieurs dimensions par le biais de la fourniture d'une gamme complète d'options de programmes de formation certifiée (incluant de la formation pour les formateurs et les autres membres du personnel), une description claire du titre d'emploi, des compétences vérifiées, un statut professionnel, un développement de carrière et un code d'éthique spécifique.

Des recommandations similaires ont été formulées par d'autres :

- a) Les programmes de formation doivent être présentés au personnel des services publics de santé mentale en mettant l'accent sur les données probantes à l'égard du rétablissement et du soutien par les pairs, les avantages liés à l'embauche de travailleurs pairs aidants, les accommodements raisonnables qui pourraient être requis pour modifier les méthodes traditionnelles de travail et les mécanismes de soutien et de supervision des travailleurs pairs aidants (McLean et coll. 2009).
- b) Une description de tâche standardisée est essentielle mais elle devrait être suffisamment flexible pour permettre aux travailleurs pairs aidants d'utiliser leurs propres expériences de rétablissement (McLean et coll. 2009). L'accès à des postes rémunérés peut exiger que les candidats possèdent un certain degré de scolarité afin de s'assurer qu'ils peuvent compléter des écritures diverses. Cependant, cela peut avoir pour effet de restreindre le bassin potentiel de candidats pour jouer ce rôle et comme le fait remarquer Salzer, l'adoption de règles rigides d'embauche augmentent la probabilité d'altérer la nature du soutien par les pairs, ce qui pourrait diminuer son impact spécifique (Salzer 2002).
- c) La charge de travail optimale, la rémunération et les heures de travail devraient être spécifiés à l'avance, et le recrutement doit s'assurer que seuls les candidats susceptibles de compléter ou de travailler ces heures seront embauchés, qu'il y ait des accommodements raisonnables ou non pour eux (Chinman et coll. 2006).
- d) Il est essentiel de recruter des personnes ayant fait l'expérience concrète de problèmes de santé mentale (Chinman et coll. 2006). Il est donc probable que certains candidats soient bénéficiaires de l'aide sociale, de sorte qu'ils auront besoin d'informations pertinentes à l'égard de leurs droits sociaux pour leur permettre de prendre des décisions éclairées à l'égard du nombre d'heures de travail. Gates et Akabas suggèrent que les postes de travailleurs pairs aidants devraient être assortis des mêmes avantages à

la retraite auxquels la plupart des travailleurs ont droit ou d'un salaire suffisamment élevé pour compenser la perte des prestations (et des avantages sociaux comme l'assurance-médicaments) de l'aide sociale (Gates et Akabas 2007).

- e) Une attention particulière doit être accordée au fait que des travailleurs pairs aidants peuvent se retrouver dans une situation de « double statut relationnel » en ayant reçu ou recevant présentement des services de santé mentale de leur employeur. Un des problèmes rencontrés par les travailleurs pairs aidants est le manque de confidentialité à l'égard de leurs antécédents psychiatriques (Gates et Akabas 2007). Les politiques d'embauche ont varié d'un endroit à l'autre : certaines exigeant que le candidat rompe toutes ses relations avec les usagers suivis par le système de services alors que d'autres interdisaient plutôt au candidat d'entretenir des relations intimes ou financières avec d'autres usagers pour minimiser toute possibilité de conflit d'intérêt ou d'exploitation (Chinman et coll. 2006). Il est intéressant de noter que l'on se réfère généralement au concept de « relations professionnelles » tout en demandant au travailleur pair aidant d'aller justement au-delà de ce type de relations, ce qui peut être embêtant. Des politiques claires et cohérentes doivent être développées avec la participation de plusieurs partenaires et elles doivent être implantées de manière fiable.
- f) La mise en place d'un programme de formation reconnu et certifié est nécessaire pour former les travailleurs pairs aidants à l'égard des compétences fondamentales requises pour occuper cette position (McLean et coll. 2009).
- g) Des comités consultatifs et une planification stratégique doivent être développés pour superviser et gérer correctement l'implantation de postes de travailleurs pairs aidants au sein des organisations locales (McLean et coll. 2009).
- h) Des modalités de supervision clinique doivent être disponibles pour les travailleurs pairs aidants à la fois de la part de chefs d'équipe et d'autres travailleurs pairs aidants (McLean et coll. 2009).
- i) Au moins deux travailleurs pairs aidants devraient être employés dans chacune des équipes ou des services pour réduire le risque d'isolement et d'assimilation à d'autres programmes de santé mentale (McLean et coll. 2009).

## Défis à relever

### Ami ou travailleur?

Les travailleurs pairs aidants sont plus susceptibles d'être perçus comme des amis que les gestionnaires de cas non usagers ou les autres membres du personnel clinique, et ce d'autant plus que les travailleurs pairs aidants sont autorisés et encouragés à divulguer des renseignements personnels et à partager des moments intimes de leur propre vie avec leurs pairs. Mowbray et ses collaborateurs ont constaté que des difficultés émergeaient lorsque les relations de soutien par les pairs débouchaient sur des relations amicales (Mowbray et coll. 1998). Dans le contexte américain notamment, cette question a été soulevée pour des raisons liées à la facturation et au remboursement des services par les instances administratives.



Plus près de nous dans le projet de Nottingham, des auteurs ont soulevé des questions pour cerner jusqu'à quel point les travailleurs pairs aidants devaient s'impliquer sur le plan relationnel pour intervenir auprès des usagers suivis; la socialisation pourrait impliquer de prendre un verre, aller danser et passer la nuit ensemble – de sorte qu'il pourrait être difficile par la suite de reprendre une relation plus thérapeutique dans un contexte de travail (Coleman et Campbell 2009). Toutefois, Mead et ses collaborateurs suggèrent que la relation égalitaire qui s'établit entre usagers et travailleurs pairs aidants permet à tous de croître et de créer des relations significatives empreintes de réciprocité; de sorte que les frontières interpersonnelles (*boundaries*) devraient être flexibles et adaptées à la situation individuelle de chacun pour éviter de perpétuer la structure du pouvoir formel des relations professionnelles (Mead et coll. 2001). En outre, dans une série d'entrevues conduites auprès de travailleurs pairs aidants, Macneil et Mead ont constaté que le degré d'intimité qu'on se permettait et les frontières interpersonnelles qu'on fixait à cet égard variaient d'une personne à l'autre et que les travailleurs pairs aidants évoluaient professionnellement au fur et à mesure qu'ils apprenaient à réfléchir à ces questions et à exprimer leurs limites (Macneil et Mead 2003).

Davidson et ses collaborateurs soulèvent d'autres questions : les travailleurs pairs aidants sont-ils en mesure de maintenir leurs liens d'amitiés qu'ils ont développés avec d'autres personnes pendant leur propre processus de rétablissement avant d'être recrutés pour offrir des services à ces mêmes personnes? Est-ce que les travailleurs pairs aidants peuvent accepter de recevoir du soutien de la part des personnes auprès de qui ils interviennent? Si ce n'est pas le cas, cela ne conduit-il pas à reproduire les comportements et le fonctionnement clinique traditionnel – donc à nier le caractère spécifique de la relation de soutien par les pairs? (Davidson et coll. 2006).

À l'évidence, il est essentiel pour les travailleurs pairs aidants de se référer à un code de conduite qui énonce clairement les principes à suivre et la pratique qui en découle. Certaines situations qui pourraient se produire entre amis ne sont pas permises dans les relations de travail de soutien par les pairs, par exemple : les relations sexuelles, la promesse de garder des secrets, le partage de substances illicites, des transactions financières; ce qui est moins clair, c'est le degré de divulgation et de partage des expériences personnelles qui est utile ou pertinent pour les deux parties. Évidemment, il y aura toujours des zones grises dans le travail de soutien par les pairs et il est essentiel que la formation se concentre sur les règles régissant la prise de décision dans toute situation, plutôt que sur la myriade de dilemmes spécifiques auxquels le travailleur pair aidant pourrait être confronté en une seule journée.

## **Le pouvoir**

Mead et ses collaborateurs soulignent que du moment qu'on fait du soutien par les pairs un service formel à travers une rémunération, une formation et des titres, cela conduira inévitablement à des différences de pouvoir – même si elles peuvent être réduites. Ces auteurs affirment que si l'on ne reconnaît pas ces différences de pouvoir lorsqu'elle surviennent ou qu'on ne fait rien pour les résoudre, cela pourrait conduire les usagers à éviter de se dévoiler ou à ressentir des malaises à aborder certaines questions par crainte de représailles (Mead et coll. 2001).

Un autre élément critique est le fait que de nombreux travailleurs pairs aidants peuvent être appelés à travailler avec des professionnels qui les ont traités dans le passé (Fisk et coll. 2000). Cela pourrait compromettre la nature des relations respectueuses qui doivent s'établir entre les membres d'une équipe de travail et faire en sorte que les travailleurs pairs aidants ne soient pas traités sur un pied d'égalité comme

les autres professionnels (Mowbray et coll. 1998) ou qu'ils continuent d'être considérés comme des « patients » (Davidson et coll. 1999). Un certain nombre d'enquêtes rapportent que les professionnels de la santé mentale considèrent que les services prodigués par des usagers sont utiles (par exemple, une étude (Hardiman 2007) rapporte que 84 % des professionnels interrogés pensent que des usagers peuvent dispenser des services efficaces) – mais moins utiles que les services offerts par les professionnels (Salzer et Shear 2002).

Il est intéressant de noter que Dixon et ses collaborateurs ont étudié les différences d'attitudes à l'égard des travailleurs pairs aidants exprimées par les intervenants qui avaient une expérience de travail avec des « représentants de la défense des droits des usagers » et ceux qui n'en avaient pas. Ils ont trouvé des différences significatives dans 5 des 30 items étudiés qui illustraient que les intervenants ayant eu des contacts avec des « représentants de la défense des droits des usagers » affichaient une attitude positive à l'égard des travailleurs pairs aidants. Ces résultats suggèrent que les travailleurs pairs aidants sont les meilleurs promoteurs de leur propre position – dans le sens où c'est le fait de travailler avec eux qui change les attitudes exprimées par les autres intervenants (Dixon et coll. 1997).

La problématique du déséquilibre du pouvoir est liée à la problématique de la reconnaissance de l'apport potentiel du soutien par les pairs. Des auteurs ont décrit les difficultés rencontrées lors de la mise en place d'un projet innovateur de soutien par les pairs à Philadelphie. Bien que sa mise en place comblait une lacune reconnue de tous dans l'offre de services, tout en ayant reçu des commentaires positifs de la part des bénéficiaires et des partenaires cliniques et généré des économies significatives, ce projet a pris fin un an après son ouverture en raison du manque de références (Burns-Lynch et Salzer 2001).

Les raisons invoquées pour expliquer le manque de références auprès de ce service sont : absence d'incitatifs à la référence auprès d'un service dirigé par des usagers dans un contexte où d'autres possibilités sont disponibles; pas de philosophie cohérente de soins et de services axée sur l'inclusion sociale et le rétablissement; pas de reconnaissance à l'égard du potentiel du soutien par les pairs dans sa capacité de dégager une solution de remplacement à l'hospitalisation; lacunes observées lors de la phase de démarrage pour permettre au nouveau service de s'insérer dans le système de services; analyse insuffisante des besoins avant de commencer le projet. Les auteurs de cette étude ont conclu en suggérant que « *la principale leçon à tirer de cette expérience est qu'il faut accorder autant d'attention à la manière d'introduire une innovation qu'à celle consacrée à sa conception* » (p. 520) (Burns-Lynch et Salzer 2001).

## **Les travailleurs pairs aidants face au stress**

Chinman et ses collaborateurs rapportent que les gestionnaires de services ont exprimé la crainte que les travailleurs pairs aidants puissent être exposés à un stress qui pourrait alimenter une résurgence des symptômes et entraîner une nouvelle hospitalisation. Et que cela se produirait au détriment des usagers suivis et du travailleur pair aidant lui-même – en raison de l'effet de l'espoir de se rétablir projeté par le travailleur pair aidant (Chinman et coll. 2006). Paulson et ses collaborateurs en comparant les interventions prodiguées par une équipe de suivi intensif composée d'usagers-intervenants et une équipe composée d'intervenants réguliers, ont trouvé que la plus grande faiblesse de l'équipe d'usagers-intervenants était l'instabilité de la présence du personnel en raison de rechutes. Ainsi, ces auteurs suggèrent qu'il faut apporter des ajustements à l'organisation des effectifs afin de tenir compte de la plus grande vulnérabilité des travailleurs pairs aidants (Paulson et coll. 1999).

Yuen et Fossey rapportent que les travailleurs pairs aidants insistent sur la nécessité de faire le monitoring de leur propre charge de travail et de ce qu'on attend d'eux, et de pouvoir prendre des congés au besoin (Yuen et Fossey 2003). McLean et ses collaborateurs rapportent de leur côté que plusieurs des onze travailleurs pairs aidants du projet pilote écossais ont été réadmis à l'hôpital depuis la mise en place du projet. Ces auteurs précisent que ces hospitalisations ne se sont pas produites au sein des services où ils travaillaient, de sorte que cela a été perçu comme un facteur clé pour préserver les relations tissées par les travailleurs pairs aidants avec les usagers suivis et les autres collègues intervenants. Par la suite, les travailleurs pairs aidants ont trouvé des façons d'utiliser cette expérience de vie pour améliorer leur intervention de soutien par les pairs (McLean et coll. 2009).

En proposant une réflexion à l'égard des forces et des limites du rôle joué par les travailleurs pairs aidants, Mowbray et ses collaborateurs ont indiqué que les comportements des usagers suivis pouvaient induire du stress en affectant directement la capacité du travailleur pair aidant de faire son travail (Mowbray et coll. 1998). Par exemple, les usagers qui sont « non coopératifs », « peu motivés », qui ne se présentent pas à leurs rendez-vous, qui sont très symptomatiques ou en décompensation, ou qui sont hautement endettés peuvent engendrer des sentiments de frustration, de déception, d'échec, de peur ou de culpabilité. Ces auteurs ajoutent que les travailleurs pairs aidants ayant peu de formation peuvent être ahuris par le degré de perturbation de certains clients. Certains veulent prendre des distances à l'égard des personnes après de qui ils interviennent; d'autres se sentent incapables de partager leurs sentiments avec leurs collègues de travail; d'autres éprouvent des difficultés à comprendre ce qu'ils sont censés faire. Tout cela démontre clairement le besoin de soutien et de formation.

## **Responsabilisation**

Dans l'étude de Chinman et de ses collaborateurs, les travailleurs pairs aidants ont également fait part de leurs préoccupations au sujet de la reddition de comptes et en particulier à l'égard de la gestion des risques (Chinman et coll. 2006). Mead et Macneil parlent d'une responsabilité partagée entre le travailleur pair aidant et l'utilisateur qui s'éloigne de l'évaluation des risques unilatérale pour se rapprocher d'un rapport mutuellement responsable. C'est ce qu'on appelle de plus en plus la gestion relationnelle des risques ou la négociation de la planification des mesures de sécurité dans laquelle, dans la mesure du possible, le contrôle demeure entre les mains de la personne qui semble être à risque. On demande aux personnes ce qui pourrait être fait pour les aider à se sentir en sécurité; ce qu'elles aimeraient; où elles voudraient être. Le travailleur pair aidant pourrait proposer des solutions qui ont été utiles pour lui-même, ou que d'autres ont utilisé, mais en bout de ligne la décision incombe à la personne suivie pour qu'elle puisse déterminer avec quoi elle se sentira le plus à l'aise (Mead et Macneil 2004).

## **Protéger le rôle spécifique joué par le travailleur pair aidant**

Il semble bien que l'intervention des travailleurs pairs aidants soit caractérisée par des éléments spécifiques qui ne sont pas offerts par les autres intervenants : le soutien est fondé sur l'expérience plutôt que sur l'expertise professionnelle, la réciprocité relationnelle et des échanges plus égalitaires. Des questions demeurent quant à savoir s'il est possible pour les professionnels qui ont une expérience personnelle de problèmes de santé mentale d'offrir ce type de soutien. Solomon indique que « *les services dispensés par les usagers ont besoin de rester fidèles à eux-mêmes et à ne pas incorporer les caractéristiques des services*

*traditionnels de santé mentale* » (p. 8) (Solomon 2004). Cependant, les travailleurs pairs aidants courent le risque d'être assimilés à « la façon habituelle de travailler » à travers leurs rapports avec les collègues de travail ou de suivre les modèles professionnels pour se mériter le respect. Ceci est particulièrement vrai lorsque les professionnels ne valorisent pas le rôle joué par les travailleurs pairs aidants (voir les défis à relever ci-dessus).

Mead et Macneil soulignent que le vocabulaire utilisé en santé mentale joue un rôle crucial pour distinguer les services de soutien par les pairs avec les services traditionnels de santé mentale. Si les travailleurs pairs aidants ressentent le besoin de parler de leurs pairs en termes médicaux pour « s'adapter » au langage utilisé par les autres membres de l'équipe, ils négligent alors l'expérience personnelle de leurs pairs qu'ils sont les seuls en mesure de ramener en exerçant leur rôle. En fin de compte, cela compromet le potentiel du soutien par les pairs. On peut protéger le caractère spécifique du soutien par les pairs et garder la relation entre pairs au premier plan en tout temps par le biais de la formation et de la supervision offertes par des organismes gérés par et pour les usagers et la mise en place de groupe de supervision entre pairs aidants pour partager des idées, des stratégies d'adaptation et des expériences. (Mead et Macneil 2004).

## Formation

Depuis la reconnaissance de postes réservés à des travailleurs pairs aidants, il est devenu évident qu'il faut également une certaine standardisation en termes de valeurs, d'habiletés et de connaissances afin qu'ils soient en mesure de remplir leur rôle spécifique avec compétence. Pour cette raison, diverses organisations ont mis au point des programmes de formation pour les travailleurs pairs aidants. Bien que ces programmes n'aient pas tous la même nomenclature, quelques thèmes clés sont au cœur de ceux-ci :

- Le rétablissement (et le plan personnalisé de son rétablissement)
- Le soutien par les pairs (ce dont il s'agit et en quoi il est spécifique)
- Les normes de conduite, les questions éthiques, les relations entre pairs et les frontières interpersonnelles
- Les habiletés d'écoute active
- Les termes propres au rétablissement
- Le processus de résolution de problèmes
- L'acceptation et l'accueil à l'égard de multiples expériences (entendre des voix, être envahi par la paranoïa ou l'anxiété) et de diverses origines culturelles, ethniques et religieuses.

Le facteur le plus important semble être que le leadership dans le domaine de la formation soit assumé par des pairs qui ont eux-mêmes vécu l'expérience de la détresse ou de la maladie (se reporter aux cours offerts par l'organisme Working Towards Recovery; l'Université de Nottingham; l'organisme Recovery Innovations en Arizona). Cela permet de protéger le caractère spécifique du soutien par les pairs en termes d'approche (expérientielle *versus* académique) et d'orientation (le rétablissement envisagé comme une reprise du contrôle et de la maîtrise de sa propre vie *versus* le rétablissement envisagé seulement comme une élimination des symptômes de la maladie).

La formation est généralement conçue pour préparer les travailleurs pairs aidants pour qu'ils s'intègrent au sein d'un service ou d'un contexte organisationnel spécifique. Par exemple, le programme « Been There, Done That » à Los Angeles (Hodges et Hardiman 2006) offre du soutien par les pairs à des personnes qui retournent sur le marché du travail et la formation d'une durée de huit semaines aborde des thèmes tels que la reprise du pouvoir d'agir, les frontières interpersonnelles, l'intervention en situation de crise, et des questions liées au travail. L'organisme Recovery Innovations en Arizona, de son côté, prépare les travailleurs pairs aidants à intervenir au sein d'un organisme largement géré par et pour les usagers, alors que le programme de formation de l'Université de Nottingham prépare les travailleurs pairs aidants à intervenir au sein des services publics de santé mentale ou en collaboration avec ceux-ci. Dans les trois cas ci-haut, les cours sont donnés sur une période comprise entre 3 jours et 10 jours et sont accrédités à différents degrés. Au Royaume-Uni, les cours offerts par l'Université de Nottingham s'échelonnent sur 10 jours et sont accrédités selon des barèmes précis (*National Vocational Qualification Level 4*).

## Formation continue, supervision et consultation

Il y a peu d'écrits relatifs à l'expérience ou au processus de soutien des travailleurs pairs aidants qui exercent au sein des services traditionnels de santé mentale. McLean et ses collaborateurs offrent le compte-rendu le plus détaillé et ils insistent sur la nécessité d'offrir de la formation aux gestionnaires des services employant des travailleurs pairs aidants pour s'assurer que leur rôle soit bien défini et sur la nécessité que le travail de l'ensemble des équipes intégrant des pairs aidants soit orienté vers la promotion du bien-être et du rétablissement (McLean et coll. 2009). Dans une évaluation portant sur le développement de postes de travailleurs pairs aidants au sein de plusieurs sites au Canada, Moll et ses collaborateurs indiquent que l'intégration des travailleurs pairs aidants nécessite un soutien continu pour le travailleur, de la flexibilité à l'égard du développement du milieu de travail et de la formation et du soutien pour l'équipe qui intègre un travailleur pair aidant, afin de faciliter un processus évolutif à long terme (Moll et coll. 2009).

Mowbray et ses collaborateurs soulignent « *qu'on ne pourra jamais trop insister sur la nécessité d'offrir du mentorat et de la supervision aux usagers employés* » (p. 47) (Mowbray et coll. 1996). Et cela en raison de l'ambiguïté du rôle de pair aidant (pour eux et pour les membres de l'équipe avec qui ils travaillent), la nouveauté de ce rôle de pair aidant et la complexité des organisations dans lesquelles ils travaillent. Mowbray et ses collaborateurs font la distinction entre la supervision administrative (conçu pour gérer les exigences particulières de l'emploi, les politiques et procédures pertinentes, l'horaire de travail, la productivité et les relations au sein de l'équipe) et le mentorat provenant d'un travailleur pair aidant sénior pour offrir du soutien, de l'assistance dans la résolution de problèmes ou la gestion des problématiques et de l'aide pour surmonter les ambiguïtés et faire face à la complexité du rôle de pair aidant.

De plus, il est possible de bonifier le rendement des travailleurs pairs aidants autant par l'ajout de formations spécifiques plus poussées (comme de la formation additionnelle à l'égard de la gestion personnalisée des plans de rétablissement, du travail thérapeutique autour des histoires de vies et du *coaching* de vie, de la capacité de répertorier des ressources sociales et communautaires) que par l'accès au large éventail de cours de formation à l'interne visant l'acquisition de nouvelles compétences et de cours de formation obligatoires concernant la santé et la sécurité au travail offerts à tout le personnel dans plusieurs organisations de santé.

## Conclusion

Bien que les réseaux d'amitiés, de soutien et d'entraide mutuelle entre les usagers se sont développés traditionnellement d'une façon naturelle, cette dynamique évolutive est transformée à partir du moment où des usagers sont employés pour jouer des rôles formellement définis au sein d'organisations gérés par des professionnels. Lorsque l'un des partenaires est payé, travaille selon un horaire fixé à l'avance, s'engage à suivre les politiques et les procédures administratives d'une institution, travaille à partir d'un cadre fixé par une description de poste; alors la relation entre pairs n'est pas fondée sur un pied d'égalité. Ainsi, cette recension des écrits s'est penchée sur les résultats de la recherche qui décrivent ce genre de travail formel de soutien par les pairs et qui mesurent l'impact de cette fonction auprès des travailleurs pairs aidants eux-mêmes, des personnes qu'ils soutiennent et des services dans lesquels ils sont employés.

Manifestement, une croissance exponentielle de l'emploi de travailleurs pairs aidants s'est produite aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande au cours des dix dernières années et plus récemment, cette expansion s'est répandue au Royaume-Uni. Le fait que toutes les politiques récentes de santé mentale mettent l'accent sur une pratique axée sur le rétablissement est perçu comme un moteur clé de ces initiatives. L'emploi des travailleurs pairs aidants est considéré comme un véhicule pour la transformation des services de santé mentale et la recherche semble donner raison à ces aspirations politiques. Les recherches expérimentales montrent, qu'à tout le moins, l'embauche des travailleurs pairs aidants ne fait aucune différence pour la santé mentale des personnes utilisatrices de services.

Lorsqu'un plus large éventail d'études est pris en considération, les avantages associés à l'embauche de travailleurs pairs aidants deviennent plus apparents. Les travailleurs pairs aidants ont plus de succès que les professionnels pour promouvoir l'espoir et la croyance que le rétablissement est possible, la reprise du pouvoir d'agir et l'augmentation de l'estime de soi, l'autonomie et la capacité de se prendre en charge soi-même, l'inclusion sociale et l'élargissement des réseaux sociaux. Or c'est justement ces résultats que les personnes ayant fait l'expérience d'un trouble mental ont associé à leur propre rétablissement; en effet, ces éléments ont été proposés comme les principes fondamentaux du rétablissement : espoir (*Hope*), prendre le contrôle de sa vie / autogestion, autodétermination, choix et responsabilité (*Control/Agency*), et inclusion sociale par l'accès aux ressources et possibilités offertes au sein de la société (*Opportunity*) <sup>(Note)</sup> (Repper et Perkins 2003; Shepherd et coll. 2008). De plus, toutes les évaluations rapportent que les travailleurs pairs aidants tirent des bénéfices de leur embauche pour eux-mêmes. Le fait d'effectuer un travail valorisé dans

---

<sup>Note</sup> Voir les définitions explicites données par des auteurs britanniques à l'égard des concepts de *Hope*, *Control/Agency* and *Opportunity* à la page 5 de ce document : South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust. (2010). *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*, London, SLAM/SWLSTG, [En ligne]. [<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Recovery%20is%20for%20all.pdf>] (Consulté le 6 février 2012). On peut traduire en français ces définitions comme suit :

- **Hope** : L'espoir est un élément central du rétablissement dans le sens où le rétablissement n'est vraisemblablement pas possible sans espoir. L'espoir est essentiel pour nourrir la motivation et soutenir les attentes à l'égard d'une vie pleinement satisfaisante.
- **Agency** : Il est question ici de l'acquisition de la part des personnes d'un sentiment de contrôle. Le rétablissement signifie que les utilisateurs de services prennent le contrôle à l'égard de leurs propres problèmes, des services qu'ils reçoivent et de leurs vies. Cela implique l'autogestion, l'autodétermination, le choix et la responsabilité.
- **Opportunity** : Cela arrime le rétablissement à l'inclusion sociale et, ainsi, à la participation des personnes à la société au sens large. Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale désirent faire partie des communautés; être un membre estimé de ces communautés et y contribuer; et avoir accès aux possibilités qui existent au sein de ces communautés.

lequel on est soutenu, d'être autorisé à divulguer ses problèmes de santé mentale et que cela soit considéré comme un atout dans ce contexte; tout cela augmente l'estime de soi, la confiance et le rétablissement personnel. L'expérience du travail de soutien par les pairs augmente également l'employabilité, le développement personnel et la réalisation des objectifs de vie.

Bien qu'il existe des données illustrant que les travailleurs pairs aidant peuvent contribuer à lutter contre la discrimination, à promouvoir un discours positif, et à mettre l'accent sur les forces et les possibilités, il est également clair qu'ils ne peuvent pas faire cela tout seul. L'ensemble du système doit soutenir le processus de changement à travers des changements de discours, de pratiques, de procédures et de politiques qui s'inscrivent dans une approche axée sur le rétablissement. L'exemple de la transformation de Recovery Innovations dans l'Arizona témoigne de l'impact d'un changement de culture au sein d'une organisation lorsque l'emphase est mise sur le rétablissement; le fait que plus de 50 % du personnel de cette organisation soit composé de travailleurs pairs aidants contribue en grande partie à ce changement, mais l'on observe aussi simultanément d'autres changements à l'égard des pratiques (par exemple, l'absence de mesures de contention), la formation et les rôles attribués au personnel (voir le site web <http://recoveryinnovations.org/>) et l'organisation des services (par exemple, le *Recovery Education Centre* offre de la formation reconnue plutôt que de la thérapie; la mise en place d'un centre de crise géré par des usagers – le centre de répit et d'hébergement *The Living Room*) et les procédures (formation offerte à toutes les personnes utilisant les services à l'égard du Plan d'action pour le rétablissement de la santé – le *Wellness and Recovery Action Planning*).

Dans l'ensemble, les écrits témoignent de l'émergence d'un mouvement dans ses premiers stades de développement, en particulier au Royaume-Uni. Bien que ce mouvement soit prometteur et plein de potentiel, cette initiative a besoin d'être cultivée soigneusement et de bénéficier d'un partage des apprentissages pour faire en sorte que l'expérience des projets pilotes soit transmise aux autres qui pourront la développer d'avantage. En empruntant cette voie, les travailleurs pairs aidants ne sont pas soumis à des contraintes inutiles; les services de santé mentale évoluent progressivement en portant une attention aux besoins du personnel existant; et les personnes qui bénéficient d'un soutien atteignent le meilleur des résultats.

Les questions abondent : les travailleurs pairs aidants sont-ils aussi efficaces lorsqu'ils sont embauchés par les services traditionnels de santé mentale ou est-ce que cela compromet la réciprocité dans les relations entre pairs? Comment protéger l'apport spécifique des travailleurs pairs aidants qui œuvrent au sein des équipes traditionnelles de santé mentale? Quelles sont les différences entre les descriptions des titres d'emploi du personnel de santé offrant de l'assistance et celle du travailleur pair aidant? Les travailleurs pairs aidants doivent-ils être impliqués dans l'administration des médicaments et les procédures d'observation des symptômes et de mise en isolement? Comment cela pourrait-il se traduire dans un code d'éthique ou de conduite du travailleur pair aidant? La formation disponible est-elle adéquate et appropriée? Faut-il adopter une description de tâches uniformisée (*standard job description*) et l'appartenance à un groupe (*banding*) pour permettre au travailleur pair aidant de postuler sur d'autres postes et lui donner la possibilité de poursuivre une carrière? Les professionnels ayant vécu l'expérience de la détresse peuvent-ils jouer un rôle de soutien par les pairs?

Bien qu'il existe quelques réponses à ces questions dans les écrits, il reste encore beaucoup de choses à apprendre de l'expérience. Afin d'animer le développement ultérieur de ce domaine, il sera nécessaire de poursuivre le partage des expériences, de la recherche, de l'évaluation des services et de la formation, et des descriptions des services.

## Références

- Arnold, P. (2009). *Clipping toenails on the bus*. Paper given at Roads to Recovery conference; January 12<sup>th</sup> 2010.
- Ashcraft, L. et W. A. Anthony. (2005). « A story of transformation: An agency fully embraces recovery ». *Behavioural Healthcare Tomorrow*, 14(2), 12-21, [En ligne].  
[\[http://www.recoveryinnovations.org/pdf/BHcare%20Apr%202005.pdf\]](http://www.recoveryinnovations.org/pdf/BHcare%20Apr%202005.pdf) (Consulté le 30 septembre 2009).
- Ashcraft, L. et W. Anthony. (2008). « Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services ». *Psychiatric Services*, 59(10), 1198-1202.
- Bandura, A. (édit.). (1977). *Social learning theory*, General Learning Press.
- Bracke, P., W. Christiaens et M. Verhaeghe. (2008). « Self-Esteem, Self-Efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons With Chronic Mental Health Problems ». *Journal of Applied Social Psychology*, 38(2), 436-459.
- Bradstreet, S. (2006). « Harnessing the 'lived experience'. Formalising peer support approaches to promote recovery ». *The Mental Health Review*, 11(2).
- Burns-Lynch, B. et M. S. Salzer. (2001). « Adopting Innovations—Lessons Learned from a Peer-Based Hospital Diversion Program ». *Community Mental Health Journal*, 37(6), 511-521.
- Carter, M. L. (2000). « Social support systems as factors of academic persistence for African American, lower-income, first-year college students and high school graduates not attending college ». *Dissertation Abstracts International*, 61(5).
- Chamberlin, J. (1988). *On Our Own*, London, Mind Publications.
- Chinman, M. J., R. Weingarten, D. Stayner et L. Davidson. (2001). « Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service ». *Community Mental Health Journal*, 37(3), 215-229.
- Chinman, M. J., A. S. Young, J. Hassell et L. Davidson. (2006). « Toward the implementation of mental health consumer provider services ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(2), 176-195.
- Clarke, G. N., H. A. Herinckx, R. F. Kinney, R. I. Paulson, D. L. Cutler, K. Lewis et E. Oxman. (2000). « Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care ». *Mental Health Services Research*, 2(3), 155-164.
- Coatsworth-Puspoky, R., C. Forchuk et C. Ward-Griffin. (2006). « Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 490-497.
- Coleman, R. et J. Campbell. (2009). *Roads to Recovery Peer Development Project: The First Year, Ongoing Evaluation of the Developmental Process*. Working to Recovery Publications.



- Corrigan, P. W. (2006). « Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities ». *Psychiatric Services*, 57(10), 1493-1496.
- Daniels, A., E. Grant, B. Filson, I. Powell, L. Fricks et L. Goodale (édit.). (2010). *Pillars of Peer Support: Transforming Mental Health Systems of Care through Peer Support Services*. Atlanta (GA), The Pillars of Peer Support Services Summit/The Carter Center.
- Davidson, L., M. Chinman, B. Kloos, R. Weingarten, D. Stayner et J. K. Tebes. (1999). « Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187.
- Davidson, L., G. Shahar, D. A. Stayner, M. J. Chinman, J. Rakfeldt et J. K. Tebes. (2004). « Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial ». *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453-477.
- Davidson, L., M. Chinman, D. Sells et M. Rowe. (2006). « Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field ». *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
- Davidson, L. et M. Rowe. (2008). *Peer support within criminal justice settings: The role of forensic peer specialists*. , Delmar, NY, CMHS National GAINS Center, [En ligne].  
[http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/integrating/Davidson\\_Rowe\\_Peersupport.pdf](http://gainscenter.samhsa.gov/pdfs/integrating/Davidson_Rowe_Peersupport.pdf) (Consulté le 12 mai 2011).
- Dixon, L., A. Hackman et A. Lehman. (1997). « Consumers as staff in assertive community treatment programs ». *Administration and Policy in Mental Health*, 25(2), 199-208.
- Dummont, J. M. et K. Jones. (2002). « Findings from a consumer/survivor defined alternative to psychiatric hospitalization ». *Outlook*, (Spring), 4-6.
- Festinger, L. (1954). « A Theory of Social Comparison Processes ». *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Fisk, D., M. Rowe, R. Brooks et D. Gildersleeve. (2000). « Integrating consumer staff members into a homeless outreach project: Critical issues and strategies ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(3), 244-252.
- Forchuk, C., M. L. Martin, Y. L. Chan et E. Jensen. (2005). « Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556-564.
- Gates, L. B. et S. H. Akabas. (2007). « Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies ». *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 293-306.
- Ghuri, S., V. Tischler et T. Calton. (2010). « 'Living in Both worlds': A qualitative study into the experiences of mental health professionals who have used mental health services ». Paper submitted.
- Goldstrom, I. D., J. Campbell, J. A. Rogers, D. B. Lambert, B. Blacklow, M. J. Henderson et R. W. Manderscheid. (2006). « National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services ». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(1), 92-103.

Hardiman, E. R. (2007). « Referral to Consumer-run Programs by Mental Health Providers: A National Survey ». *Community Mental Health Journal*, 43(3), 197-210.

Hodges, J. Q. et E. R. Hardiman. (2006). « Promoting healthy organizational partnerships and collaboration between consumer-run and community mental health agencies ». *Administration and Policy in Mental Health*, 33(3), 267-278.

Humphreys, K. (1997). « Individual and social benefits of mutual aid/self-help groups ». *Social Policy*, 27(3), 12-19.

Hutchinson, D. S., W. A. Anthony, L. Ashcraft, E. Johnson, E. C. Dunn, A. Lyass et E. S. Rogers. (2006). « The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 205-213.

Killackey, E. (2009). *Personal communication*, Melbourne., EPPIC.

Kurtz, L. F. (1990). « The Self-Help Movement -- Review of the Past Decade of Research ». *Social Work With Groups*, 13(3), 101-115.

Lawn, S., A. Smith et K. Hunter. (2008). « Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service ». *Journal of Mental Health*, 17(5), 498-508.

Macneil, C. et S. Mead. (2003). *Discovering the Fidelity Standards of Peer Support in an Ethnographic Evaluation*, [En ligne]. [<http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs/DiscoveringtheFidelity.pdf>] (Consulté le 12 mai 2011).

Maton, K. I. (1990). « Meaningful involvement in instrumental activity and well-being: studies of older adolescents and at risk urban teen-agers ». *American Journal of Community Psychology*, 18(2), 297-320.

McLean, J., H. Biggs, I. Whitehead, R. Pratt et M. Maxwell. (2009). *Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme*, Edinburgh, Scottish Government Social Research, [En ligne]. [<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/291864/0089933.pdf>] (Consulté le 19 novembre 2010).

Mead, S., D. Hilton et L. Curtis. (2001). « Peer support: A theoretical perspective ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.

Mead, S. (2003). *Defining Peer Support*, [En ligne]. [<http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs/DefiningPeerSupport.pdf>] (Consulté le 12 mai 2011).

Mead, S. et C. Macneil. (2004). *Peer Support: What makes it Unique?*, [En ligne]. [<http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs/PeerSupportUnique.pdf>] (Consulté le 12 mai 2011).

Min, S. Y., J. Whitecraft, A. B. Rothbard et M. S. Salzer. (2007). « Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: a survival analysis ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207-213.

Moll, S., J. Holmes, J. Geronimo et D. Sherman. (2009). « Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: unique challenges and opportunities ». *Work*, 33(4), 449-458.

Mowbray, C. T., D. P. Moxley, S. Thrasher, D. Bybee, N. McCrohan, S. Harris et G. Clover. (1996). « Consumers as community support providers: Issues created by role innovation ». *Community Mental Health Journal*, 32(1), 47-67.

Mowbray, C. T., D. P. Moxley et M. E. Collins. (1998). « Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397-411.

Mowbray, C. T., D. P. Moxley, C. A. Jasper et L. L. Howell (édit.). (1997). *Consumers as providers in psychiatric rehabilitation* Columbia, MD, International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

Nelson, G., J. Ochocka, R. Janzen, J. Trainor, P. Goering et J. Lomotey. (2007). « A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part V—Outcomes at 3-year follow-up ». *Journal of Community Psychology*, 35(5), 655-665.

O'Donnell, M., G. Parker, M. Proberts, R. Matthews, D. Fisher, B. Johnson et D. Hadzi-Pavlovic. (1999). « A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(5), 684-693.

Ochocka, J., G. Nelson, R. Janzen et J. Trainor. (2006). « A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives : Part 3 - A qualitative study of impacts of participation on new members ». *Journal of Community Psychology*, 34(3), 273-283.

Paulson, R. I., H. Herinckx, J. Demmler, G. Clarke, D. Cutler et E. Birecree. (1999). « Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers ». *Community Mental Health Journal*, 35(3), 251-269.

Perkins, R. et M. Rinaldi. (2005). « Chapter 9 : A whole-system approach ». Dans B. Grove, J. Secker et P. Seebohm (édit.), *New thinking about mental health and employment* (85-95). Abingdon (UK), Radcliffe Publishing Ltd, [En ligne]. [<http://www.radcliffe-oxford.com/books/samplechapter/6673/Chap9-6482bf80rdz.pdf>] (Consulté le 21 décembre 2010).

Perkins, R. (2010). *Prêcher par l'exemple. Mettre à profit l'expertise du vécu grâce à l'embauche dans les services de santé mentale. L'expérience du South West London (R.-U.)*. Présentation donnée lors de la cérémonie d'ouverture du XVe Colloque de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale qui s'est tenu à Montréal (Québec) du 8 au 10 novembre 2010, [En ligne], [[http://www.aqrp-sm.org/colloque/presentations/xve/ouverture\\_xve-perkins-ppt-fr.pdf](http://www.aqrp-sm.org/colloque/presentations/xve/ouverture_xve-perkins-ppt-fr.pdf)] (Consulté le 14 mai 2012).

Pistrang, N., C. Barker et K. Humphreys. (2008). « Mutual Help Groups for Mental Health Problems: A Review of Effectiveness Studies ». *American Journal of Community Psychology*, 42(1), 110-121.

Porter, R. (1987). *A Social History of Madness*, London, Weidenfeld & Nicolson.

- Raiff, N. R. (1984). « Chapter 14: Some Health Related Outcomes of Self-Help Participation ». Dans A. Gartner et F. Riessman (édit.), *The Self-Help Revolution* (183-193). New York, Human Sciences Press.
- Ratzlaff, S., D. McDiarmid, D. Marty et C. Rapp. (2006). « The Kansas Consumer as Provider program: measuring the effects of a supported education initiative ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(3), 174-182.
- Reissman, F. (1965). « The "helper-theory" principle ». *Social Work*, 10(2), 27-32.
- Repper, J. et R. Perkins. (2003). *Social inclusion and recovery: A model for mental health practice*, Edinburgh, Bailliere Tindall.
- Resnick, S. G. et R. A. Rosenheck. (2008). « Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment ». *Psychiatric Services*, 59(11), 1307-1314.
- Rogers, E. S., G. B. Teague, C. Lichenstein, J. Campbell, A. Lyass, R. Chen et S. Banks. (2007). « Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study ». *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 785-799, [En ligne]. [PDF].
- Sabin, J. E. et N. Daniels. (2003). « Managed care: Strengthening the consumer voice in managed care: VII. The Georgia peer specialist program ». *Psychiatric Services*, 54(4), 497-498.
- Salzer, M. S. (2002). « Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines ». *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 355-382.
- Salzer, M. S. et S. L. Shear. (2002). « Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 281-288.
- Sells, D., L. Davidson, C. Jewell, P. Falzer et M. Rowe. (2006). « The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness ». *Psychiatric Services*, 57(8), 1179-1184.
- Shepherd, G., J. Boardman et M. Slade. (2008). *Making recovery a reality*, London, Sainsbury Centre for Mental Health, [En ligne]. [[http://www.scmh.org.uk/pdfs/Making\\_recovery\\_a\\_reality\\_policy\\_paper.pdf](http://www.scmh.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf)] (Consulté le 14 septembre 2009).
- Simpson, E. L. et A. O. House. (2002). « Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review ». *British Medical Journal*, 325(7375), 1265.
- Skovholt, T. M. (1974). « The Client as Helper: A Means to Promote Psychological Growth ». *The Counseling Psychologist*, 4(3), 58-64.
- Solomon, P. et J. Draine. (1995). « The efficacy of a consumer case management team : 2-year outcomes of a randomized trial ». *Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135-146.
- Solomon, P. et J. Draine. (1996). « Service delivery differences between consumer and nonconsumer case managers in mental health ». *Research on social work practice*, 6(2), 193-207.

- Solomon, P. (2004). « Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401, [En ligne].  
[\[http://www.dsav.asn.au/research/Peer%20support%20peer%20provided%20services%20by%20Solomon.pdf\]](http://www.dsav.asn.au/research/Peer%20support%20peer%20provided%20services%20by%20Solomon.pdf)  
(Consulté le 17 décembre 2010).
- Trainor, J., M. Shepherd, K. M. Boydell, A. Leff et E. Crawford. (1997). « Beyond the service paradigm: The impact and implications of consumer/survivor initiatives ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 132-140.
- Verhaeghe, M., P. Bracke et K. Bruynooghe. (2008). « Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support ». *The International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 206-218.
- White, W. (2004). *The history and future of peer-based addiction recovery support services*, Prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction Initiative 2004 Summit, March 22-23, Washington, DC., [En ligne].  
[\[http://www.bhrm.org/P-BRSSConcPaper.pdf\]](http://www.bhrm.org/P-BRSSConcPaper.pdf) (Consulté le 12 mai 2011).
- Yanos, P. T., L. H. Primavera et E. L. Knight. (2001). « Consumer-run service participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors ». *Psychiatric Services*, 52(4), 493-500.
- Yuen, M. S. K. et E. M. Fossey. (2003). « Working in a community recreation program: A study of consumer-staff perspectives ». *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(2), 54-63.