



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Revue de la littérature

Efficacité des interventions de pair-aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). Revue systématique de la littérature

Effectiveness of peer helper interventions for people with schizophrenia or bipolar disorder: A literature review

C. Quiles^{a,b,*}, C. Renelleau^c, E. Douriez^a, H. Verdoux^{a,b}

^a Centre hospitalier Charles-Perrens, 33000 Bordeaux, France

^b University Bordeaux, Inserm, Bordeaux Population Health Research Center, Team Pharmacoepidemiology, UMR 1219, 33000 Bordeaux, France

^c Établissement public de Santé mentale de la Marne, 51100 Reims, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 2 novembre 2021

Accepté le 10 janvier 2022

Disponible sur Internet le 13 août 2022

Mots clés :

Pair-aidance

Schizophrénie

Trouble bipolaire

RÉSUMÉ

Objectif. – L'efficacité de programmes intégrant des pairs formés et rémunérés, sur la symptomatologie clinique, la qualité de vie et le rétablissement des sujets souffrant de trouble bipolaire ou du spectre de la schizophrénie est encore mal connue. Il en est de même en ce qui concerne les facteurs influençant l'intégration des pairs-aidants au sein des équipes de soins et les difficultés auxquelles ils font face.

Méthode. – Cet article est une revue systématique de la littérature portant sur l'efficacité de l'intervention de pairs-aidants formés et rémunérés sur la prise en charge de sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie et bipolaire. Les barrières et facilitateurs à l'intégration des pairs-aidants sont explorés. **Résultats.** – Quarante-huit articles ont été inclus, 24 portant sur l'efficacité de l'intervention des pairs-aidants auprès des patients, 18 sur les barrières et 13 sur les facilitateurs à l'intégration des pairs-aidants dans les équipes et établissements de soins.

Conclusion. – Les résultats obtenus en termes d'efficacité sont hétérogènes, mais montre un réel bénéfice sur le rétablissement, la qualité de vie, le fonctionnement social, la santé physique et les hospitalisations en psychiatrie des patients. Les résultats montrent également que pour favoriser l'intégration des pairs-aidants, il est utile que les soignants soient informés du rôle de pair-aidant et qu'ils aient compris ce qu'était le parcours de rétablissement. Les pairs-aidants doivent de leur côté bénéficier d'une formation complète, avoir un rôle défini, et être supervisés, de préférence par un autre pair aidant.

© 2022

ABSTRACT

Objective. – The effectiveness of programs integrating trained and paid peer helpers on symptoms, quality of life and recovery of persons with bipolar disorder or schizophrenia is still poorly understood. The factors influencing the integration of peer helpers into healthcare teams are also poorly understood.

Method. – A systematic review of the literature was performed. We systematically searched multiple electronic databases for articles: (i) exploring the effectiveness of the intervention of trained and paid peer helpers in bipolar disorder and schizophrenia (ii) reporting barriers and facilitators to the integration of peer helpers.

Results. – Forty-eight articles were included, 24 on the effectiveness of the intervention of peer helpers, 18 on barriers and 13 on facilitators to the integration of peer helpers in health teams. Of them, 25 were based upon qualitative methods (7 concerning the effectiveness of the intervention of peer helpers, 14 the barriers and 7 the facilitators to their integration); 23 were based upon quantitative methods (9 studies focused on the effectiveness of peer helper intervention, 2 on barriers and 6 on integration facilitators). The 23 quantitative studies included 8 randomized controlled trials.

Keywords:

Peer helpers

Schizophrenia

Bipolar disorder

* Auteur correspondant. Centre hospitalier Charles-Perrens, 121, rue de la Béchade, CS81285, 33076 Bordeaux cedex, France.

Adresse e-mail : cquiles@ch-perrens.fr (C. Quiles).

Conclusion. – In spite of their heterogeneity, the results suggest that that interventions of peer helpers have a positive impact on the recovery, quality of life, social functioning, physical health and clinical outcome of persons with bipolar disorder or schizophrenia. The results also showed that the integration of peer helpers is favored by caregivers' awareness about the role of peer helpers and knowledge about the recovery model. The results highlight the need for peer helpers to have a well-defined role and to be supervised, preferably by another peer helper.

© 2022

Introduction

« La personne vivant avec un trouble de santé mentale qui commence à avoir confiance dans ses forces personnelles et qui a découvert pour elle-même un ensemble de stratégies pour optimiser sa situation personnelle et vaincre les obstacles sur son parcours de rétablissement n'est plus la même personne ». Ce constat, écrit par Tim Greacen, souligne la singularité des personnes rétablies d'une pathologie psychiatrique, qui ont acquis des connaissances et des compétences spécifiques, susceptibles d'aider d'autres personnes dans leur parcours de rétablissement [1]. Cette aide est appelée pair-aidance, et elle fait aujourd'hui partie intégrante des outils indispensables en réhabilitation psychosociale. Pair-aidant, médiateur santé pair, travailleur pair, sont autant de termes utilisés pour définir les personnes aujourd'hui rétablies dont l'intervention est fondée sur le partage du vécu de leur pathologie. Bien que proches, certains points distinguent ces termes.

Le terme « pair-aidance » repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie. Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue les principes fondamentaux de la pair-aidance, et peut prendre plusieurs formes : groupes de parole au sein d'associations d'usagers, rencontres dans des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), ou encore intégration de pairs-aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins [2]. Le pair-aidant certifié est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou a vécu un trouble mental, partage son vécu et son histoire, afin d'aider des patients à se rétablir [3]. Le pair-aidant certifié a suivi une formation diplômante pour être employé. Le médiateur santé pair renvoie à l'univers de la médecine, et la nécessité d'inclure une tierce personne dans la relation médecin/patient qui serait inégalitaire. La notion de travailleur pair suggère que l'objectif à atteindre est la création d'un nouveau métier [4].

L'approche par la pair-aidance n'est pas récente. La plupart des auteurs s'accordent à voir Jean Baptiste Pussin comme premier pair-aidant professionnel. Souffrant de tuberculose, il est hospitalisé à l'hôpital Bicêtre [5]. Il guérira de sa pathologie, et découvrira la souffrance des hommes du pavillon « Saint Prix », qu'on appelait « les fous ». Il s'occupera d'eux, avec humanité, leur redonnant espoir, et, rapidement repéré pour son charisme, sera nommé gouverneur de Saint Prix (ou « gouverneur des fous »). Il influencera beaucoup Philippe Pinel, et ne sera pas étranger à la décision de libérer de leurs chaînes « les malades mentaux » [6]. Le concept de rétablissement apparaîtra plus tard, au XIX^e siècle, aux États Unis dans le cadre de petits groupes d'anciens patients dépendants à l'alcool, qui se réunissaient pour se soutenir dans leur démarche d'abstinence. C'est à cette époque aussi que sont embauchés les premiers anciens usagers en tant qu'intervenants dans les services d'addictologie [4].

Parallèlement au développement du mouvement fondé sur le concept de rétablissement, l'intégration au sein des équipes soignantes de professionnels ayant une expérience personnelle de rétablissement va se développer, sous le terme de « *peer support workers* » aux États Unis, et pair-aidant au Québec. Leur travail

consiste en des actions organisées, structurées et formalisées, offrant des espaces de soutien individuel (comme des entretiens ou des groupes de parole), des services d'écoute téléphonique, ou encore la création de maison des usagers qui, au sein même d'un centre hospitalier, facilite la rencontre avec des associations d'usagers [7]. Des expérimentations de programmes combinant ces types d'intervention, la plupart du temps bénévoles, parfois rémunérées, ont vu le jour, essentiellement dans les pays anglo-saxons. En France, il existe aujourd'hui les programmes de pair-aidance professionnelle rémunérée « Un Chez soi d'abord », et « Médiateurs de santé pairs ». « Un Chez soi d'abord » est un programme employant des pairs-aidants rémunérés, destiné à des personnes sans domicile souffrant de pathologie psychiatrique, dont la condition de participation est de bénéficier d'un suivi régulier par une équipe pluridisciplinaire, dans le logement ordinaire mis à disposition. Le programme « Médiateurs de santé pairs » a été élaboré par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé, la fédération nationale des usagers en psychiatrie et le ministère de la santé. Il vise à former des médiateurs santé pairs à un niveau bac +3 (université Paris 8), pour ensuite les intégrer pendant deux ans dans une équipe soignante, en étant rémunérés en tant que professionnels [7]. Un diplôme d'université « Pair-aidance en santé mentale » a également été développé à l'université Lyon 1, et débouche chaque année sur la création de postes de pairs-aidants.

L'efficacité des programmes de pair-aidance intégrant des pairs formés et rémunérés sur la symptomatologie clinique, la qualité de vie et le rétablissement des sujets souffrant de trouble bipolaire ou le trouble du spectre de la schizophrénie est encore mal connue. Il en est de même en ce qui concerne les facteurs influençant l'intégration des pairs-aidants au sein des équipes de soins et les difficultés auxquelles ils font face. L'objectif de cette revue de la littérature est de synthétiser les connaissances portant sur l'efficacité de l'intervention de pairs-aidants formés et rémunérés sur la prise en charge de sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie et trouble bipolaire.

Méthode

La recherche a été réalisée en novembre 2019 sans limitation concernant la date de publication. Les articles ont été recensés à partir des bases de données électroniques PubMed et Scopus, grâce à une équation de recherche incluant les *Medical Subject Headings* (MESH) suivants : « peer* help* » OR « peer* support* » OR « peer* specialist* » en association avec « schizophrenia » OR « bipolar disorder » OR « severe mental illness ». Les références citées dans les articles sélectionnés ont été examinées afin d'identifier toute étude supplémentaire pertinente.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : (i) sujets majeurs ; (ii) souffrant de pathologie psychiatrique sévère (trouble du spectre de la schizophrénie, trouble bipolaire) ; (iii) article rédigé en langue anglaise ou française ; (iv) décrivant les effets des interventions des pairs-aidants sur les patients et les conditions nécessaires à leur bonne mise en place.

Les critères d'exclusion étaient les suivants : (i) article portant sur des vétérans de guerre et des patients recrutés dans des structures médico légales ; (ii) article pour lequel il était précisé que les pairs-aidants employés n'avaient pas reçu de formation ou ne recevait pas de salaire ou d'indemnité financière ; (iii) article décrivant un protocole expérimental sans que les résultats ne soient encore connus ou les études exploratoires ; (iv) lettres à l'éditeur, éditoriaux, commentaires, points de vue, états des lieux, chapitres de livre et les témoignages.

Les titres et résumés des études retrouvées lors de la recherche ont été sélectionnés, puis examinés par deux auteurs indépendants (C.R. et C.Q.), les désaccords ont été résolus par discussion. Les informations suivantes ont été extraites : (i) référence du premier auteur ; année ; (ii) type d'étude (qualitative, essai contrôlé/non contrôlé, randomisé/non randomisé, étude pilote) ; (iii) objectif de l'étude ; (iv) nombre de patients inclus ; (v) échelles et outils de mesure utilisés ; (vi) principaux résultats.

Résultats

Résultats de la recherche et caractéristiques des études

Le diagramme de flux (Fig. 1) décrit le processus de sélection des études et retrouve un total de 48 articles inclus : 24 portant sur l'efficacité de l'intervention des pairs-aidants auprès des patients, 18 sur les barrières et 13 sur les facilitateurs à l'intégration des pairs-aidants dans les équipes et établissements de soins. La publication la plus ancienne date de 2008, la plus récente de 2019. Parmi ces études, 25 reposent sur une recherche qualitative (7 concernant l'efficacité de l'intervention des pairs-aidants, 14 les barrières et 7 les facilitateurs à l'intégration) ; 23 reposent sur une recherche quantitative (9 études concernant l'efficacité de l'intervention de pairs-aidants, 2 les barrières et 6 les facilitateurs à l'intégration). Les 23 études quantitatives incluent 8 essais contrôlés randomisés, l'échantillon le plus large comprenait 441 sujets (221 patients et 220 témoins), et le plus petit 74 sujets (38 patients et 36 témoins). Les caractéristiques de chaque étude sont décrites dans les [Tableaux S1, S2 et S3 en matériel supplémentaire](#).

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

Efficacité sur le rétablissement

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

Parmi les études quantitatives, trois ont mis en évidence des résultats significatifs en faveur des interventions des pairs-aidants sur le rétablissement des patients [8–10]. Une efficacité a été montrée à la *General Self-Efficacy Scale* à six mois [10], à la *Recovery Assessment Scale–Domains and Stages (RAS-DS)* grâce à un programme de soutien post-hospitalisation [9], et à l'*Illness Management and recovery scale (IMRS)* trois mois après la fin d'une intervention d'auto-gestion médicale pour personnes âgées, sur smartphone, associée au soutien de pairs-aidants [8].

Cinq autres études n'ont pas permis de mettre en évidence de résultats significatifs en ce qui concerne le rétablissement des patients [11–15]. Des interventions des pairs-aidants consistant en des sessions pendant lesquelles ils/elles parlaient de leur histoire de vie et de leur maladie, et des sessions réservées à des discussions au cours desquelles les patients pouvaient poser des questions n'ont montré aucune différence significative entre le groupe ayant bénéficié du soutien pairs-aidants et le groupe témoin [15]. Aucune différence significative entre un groupe ayant bénéficié du soutien de pairs-aidants et un groupe témoin sur les mesures

d'empowerment (mesuré par l'*Empowerment Scale*) n'a été retrouvée [13]. Enfin, l'utilisation d'un programme de psychoéducation sur le trouble bipolaire complété seul ou avec l'aide d'un pair-aidant a mis en évidence une tendance à l'augmentation de la perception du contrôle de la maladie et à la diminution de l'anxiété, de la dépression et de la stigmatisation à trois et six mois, même si les différences n'étaient pas significatives [14].

La première étude qualitative a montré un bénéfice de l'intervention des pairs-aidants sur leur sentiment d'espoir, leur auto-détermination et leur confiance en eux et en les autres [16]. L'autre étude qualitative a montré une reprise de confiance en la possibilité d'un rétablissement grâce à un programme d'entraînement comprenant des cours ainsi qu'un stage rémunéré au « *Warmline telephone service* », un service de soutien par les pairs [17].

Efficacité sur la qualité de vie

Huit études quantitatives donnent des résultats en termes de qualité de vie des patients pris en charge par des pairs-aidants. Parmi elles, trois études obtiennent des résultats significatifs positifs [9,12,18]. La première a observé une augmentation significative du fonctionnement global dans la communauté, une augmentation de la qualité de vie auto-déclarée dans le domaine des conditions de vie chez des sujets ayant bénéficié de l'intervention de pairs-aidants [18]. Une autre, réalisée auprès de patients en soins sous contrainte, a montré une amélioration significative en ce qui concerne la qualité de vie et un meilleur bien-être émotionnel à la *Brief Quality of Life Scale* dans le groupe ayant reçu un soutien intensif par les pairs par rapport au groupe témoin [12]. Enfin, la troisième étude a montré une amélioration significative du bien-être intellectuel, social et psychologique à la *Personal Wellness Wheel* des patients [9].

Cinq autres études n'ont pas permis de mettre en évidence d'amélioration significative sur la qualité de vie des patients [8,10,13,19,20], quel que soit l'outil d'évaluation utilisé [10,13,20].

Efficacité sur les relations sociales

Dix études ont évalué l'effet sur les relations sociales des interventions incluant des pairs-aidants. Quatre études ont obtenu des résultats significatifs dans ce domaine [18,19,21,22]. La première a montré que l'invalidation par les pairs-aidants de certains comportements de leurs patients (par exemple, exprimer son insatisfaction face à un patient qui a consommé des substances) avait un impact significativement plus positif à 6 mois sur la sous-échelle médicale et psychiatrique de l'*ASI* et sur la sous-échelle santé et famille de la *QOLI-B* que lorsque les conseils étaient donnés par des équipes de soins traditionnelles [22]. Une plus grande amélioration des relations interpersonnelles à la *Functional Assessment Rating Scale* était constatée chez les patients bénéficiant de soutien par les pairs par rapport au groupe témoin [19]. Enfin, les patients pris en charge par des pairs-aidants rapportaient une forte satisfaction de ces prises en charge, et les auteurs ont montré que cette satisfaction était liée à l'amélioration des situations sociales, l'indépendance, l'obtention de ce qui est nécessaire, la gestion des problèmes quotidiens, la gestion des personnes et des situations problématiques, l'estime de soi, le contrôle de sa vie et une amélioration des relations familiales [21]. Les patients ont souligné le fait qu'ils se sentaient plus « normaux » et acceptés, ce qui leur donnait une meilleure estime d'eux-mêmes, une amélioration de leurs interactions sociales.

Trois études n'ont pas pu mettre en évidence d'effets des interventions sur les relations sociales [8,12,23], que ce soit à l'*Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)*, à la *Medical Outcomes Study Social Support Survey instrument* ou dans l'amélioration de compétences sociales.

Enfin, trois études ont utilisé des données qualitatives pour évaluer l'effet des interventions des pairs-aidants sur leurs relations sociales et ont montré des effets positifs de celles-ci [16,24,25],

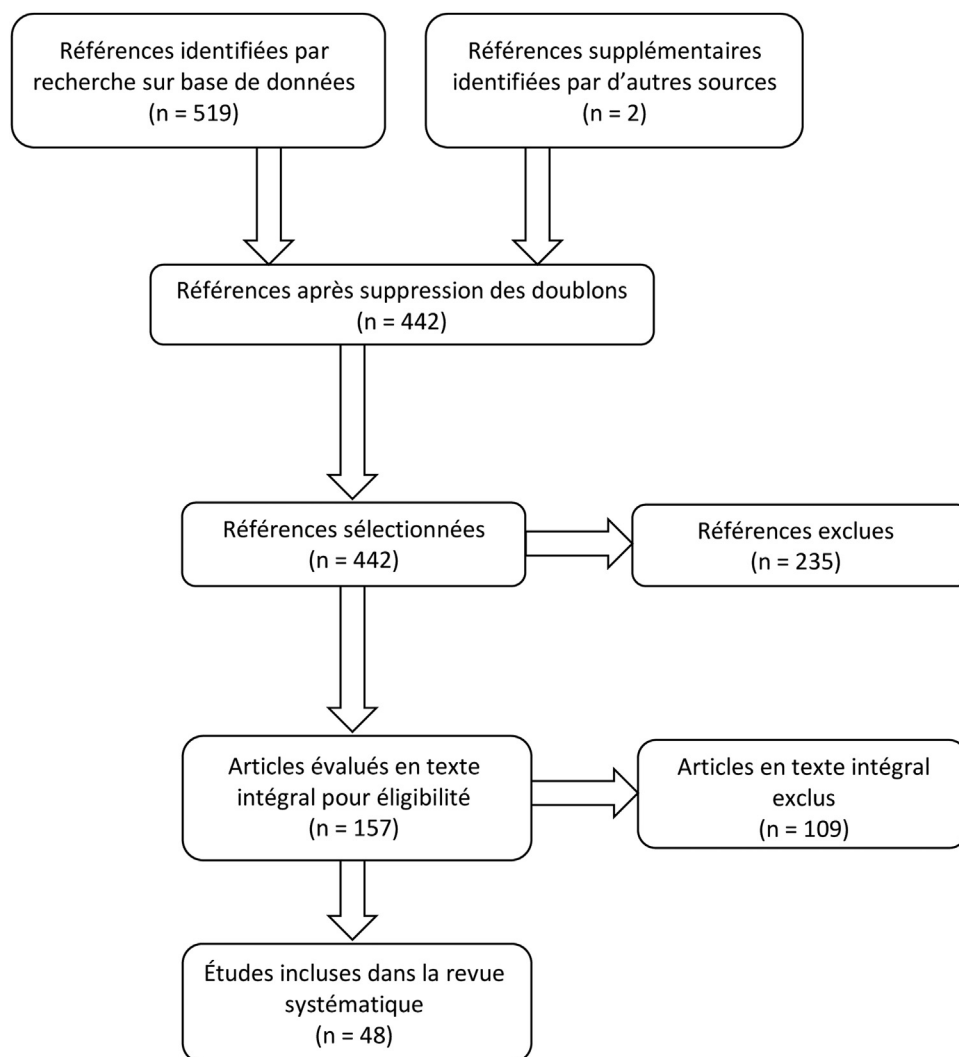


Fig. 1. Diagramme de flux de la sélection des articles.

avec une diminution de leur isolement social et une augmentation de leurs interactions sociales [24,25], un meilleur engagement dans des activités dans leur communauté, réduisant leur sentiment d'isolement et leur permettant de lier de nouvelles amitiés [25].

Efficacité sur la santé physique

Quatre études se sont intéressées aux effets de l'intervention de pairs-aidants sur le mode de vie des patients et leur santé physique [8,24–26]. Les patients inclus dans un programme de soutien par les pairs visant à répondre aux besoins en termes de santé physique ont eu un meilleur accès aux soins et un mode de vie plus sain [26]. Un tiers des patients pris en charge par des pairs-aidants rapportaient une amélioration de leurs perceptions somatiques, comme ressentir moins de douleur physique et un meilleur sommeil [24].

Efficacité sur les soins en psychiatrie et les hospitalisations

Cinq études ont montré une diminution des réhospitalisations et une meilleure observance des soins en psychiatrie après interventions délivrées par des pairs-aidants [9,14,27–29]. Une intervention par des pairs-aidants préparant à la sortie d'hospitalisation a permis d'économiser trois cents « jour-lit », ce qui représente 93 150 dollars australiens économisés après déduction du coût du programme [29]. Les patients ayant bénéficié de soutien par les pairs étaient significativement moins susceptibles d'être hospitalisés que les

patients du groupe témoin, et s'ils l'étaient, leur hospitalisation était de plus courte durée [28].

Facteurs d'intégration dans les équipes médicales

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

Définition des rôles des pairs-aidants et limites relationnelles avec les patients. Dix études ont mis en évidence les difficultés rencontrées par les pairs-aidants du fait de leur rôle flou et de la définition des limites relationnelles avec leurs patients [24,30–37]. Les pairs-aidants mettaient en avant l'ambiguïté de leur rôle, entre professionnel de santé et ami, ce qui générait des difficultés notamment lors de l'arrêt des prises en charge, les patients ne souhaitant pas interrompre la relation, et le pair-aidant culpabilisant de devoir la stopper [31,33]. Le rôle des pairs-aidants et la façon dont ils étaient inclus dans les équipes variaient d'un programme à l'autre, certains étant pleinement intégrés, d'autres remplissant des tâches subalternes [37]. Un pair-aidant a décrit des écarts majeurs entre l'identité professionnelle du pair-aidant, la description de poste présentée lors de l'entretien et la réalité du rôle [36]. À l'inverse, d'autres pairs-aidants ont expliqué que l'absence de description de poste leur offrait de la flexibilité. Par ailleurs, les patients pouvaient avoir des attentes envers le pair-aidant qui n'étaient pas satisfaites.

Une meilleure définition du rôle apparaît comme objectif prioritaire [35].

Accueil dans les équipes et orientation des services. Huit études soulignent l'importance de la « philosophie de soins » prédominant dans les hôpitaux ou unités dans lesquels ils étaient embauchés [30–34,36–38]. Les services s'appuyant sur des pratiques orientées vers le rétablissement permettaient de faciliter l'intégration des pairs-aidants, et les aidaient à promouvoir l'autonomie de leurs patients [38]. Les pairs-aidants décrivaient les services ne pratiquant pas cette orientation comme l'obstacle le plus important dans leur travail [33]. Plusieurs études tout de même ont relevé qu'il fallait du temps et de multiples interactions, avec de possibles changements de pratiques, avant que les pairs-aidants ne soient intégrés dans les équipes de soins [32,34,36,37].

Des soignants non-pairs-aidants interrogés ont décrit les barrières qu'ils repéraient dans leurs relations avec les pairs-aidants, notamment leur difficulté à accepter le changement imposé par les pairs-aidants et le sentiment de minimisation de leur rôle [32]. L'importance du soutien de l'administration a été mentionnée comme un élément important de l'intégration efficace des pairs-aidants dans les équipes de soins. Il est également noté que les équipes peu stables, avec des changements récents en termes de financement ou de pratique, semblaient également offrir un environnement de travail moins confortable au pair-aidant [36].

Révélation de soi et risque de discrimination. Dix études ont mis en évidence le fait que la révélation de soi et de sa maladie pouvait constituer une difficulté pour le pair-aidant et générer de la discrimination de la part des équipes [20,32–34,36,37,39–42]. De nombreux pairs-aidants ont souligné le fait que leur travail en lui-même, de fait, révélait qu'ils souffraient d'une maladie mentale à leurs collègues, et s'interrogeaient sur les conséquences que cela pouvait avoir sur leurs futures opportunités d'emploi [40]. Ils ont pu ressentir de la stigmatisation du fait de leurs antécédents de pathologie psychiatrique, et se sont sentis rabaissés par certains de leurs collègues [33,34,42]. Les pairs-aidants ont eu des difficultés à savoir quelles informations dévoiler de leur maladie à leurs collègues et aux patients [34,37,39]. Certains ont pu expérimenter qu'il ne s'avérait pas forcément judicieux de révéler l'intégralité de leur histoire à leurs patients. Cependant, la révélation de soi présentait également des points positifs : de par leur expérience personnelle, les pairs-aidants pouvaient défendre les besoins de leurs patients et proposer aux autres professionnels de santé des solutions alternatives à certains problèmes.

Soixante-quatre pour cent des pairs-aidants interrogés ont rapporté de la stigmatisation et de la discrimination de la part des autres soignants non pairs, 30 % ont ressenti de la discrimination de la part de la direction (et d'autres membres du personnel (réceptionnistes, sécurité, ressources humaines), et 22 % ont ressenti de la stigmatisation de la part de leurs patients [41]. Les professionnels de santé et les patients ont pu exprimer des craintes vis-à-vis de la stabilité des pairs-aidants car ils les pensaient plus fragiles que d'autres professionnels de santé non pairs [20,36] interprétant des variations normales de leur humeur comme des symptômes de leur pathologie [32].

La formation et la rémunération. Dix études ont souligné les difficultés auxquelles pouvaient être confrontés les pairs-aidants devant leur manque de formation et leur faible rémunération [24,30,32–34,36,37,40,41,43]. Plusieurs études ont relevé que la formation initiale contenait des lacunes, et ne préparait pas les pairs-aidants à affronter toutes les situations qu'ils vont rencontrer dans leur travail, même s'ils étaient globalement satisfaits de cette formation [33,36,37,40,43].

En ce qui concerne la formation continue, une étude rapportait que près de 80 % des pairs-aidants interrogés en recevaient une [41]. Cependant, 28 % recevaient moins de vingt heures de formation continue par an, et 23 % affirmaient ne pas en avoir reçu du tout. Plusieurs études ont appuyé le fait que les pairs-aidants avaient des difficultés à trouver des sources d'information fiables pour leur formation continue [24,32,34]. A contrario, certains pairs-aidants ont exprimé leurs craintes d'une « sur-professionnalisation » du métier avec la formation, qui entraînerait une perte de la qualité de la relation avec le patient [40]. La plupart des pairs-aidants soulignaient l'importance de la supervision dans leur pratique [41].

En ce qui concerne la rémunération, de nombreux pairs-aidants estiment recevoir une rémunération insuffisante [30,34,37,41]. Une étude rapportait également des différences de rémunération des pairs-aidants en fonction des régions et du sexe [41].

Les risques personnels pour le pair-aidant. Six articles traitent des conséquences du métier sur la santé mentale des pairs-aidants [20,24,32,33,40,44]. Certains soignants craignaient de confier une partie de leurs patients à des pairs-aidants. De même certains patients ont expliqué préférer être pris en charge par des professionnels de santé non-pairs par peur de rendre leur pair-aidant déprimé [20]. Au contraire, des superviseurs interrogés dans une étude ont expliqué avoir constaté un stress occasionnel au début de la prise de poste du pair-aidant, qui généralement s'adapte et sait gérer ce stress au fur et à mesure [24]. Enfin, deux études ont souligné la question de l'accès aux soins pour le pair-aidant en cas de rechute, en l'absence de recommandations sur la façon de gérer ces situations [32,40]. Enfin, l'importance du stade de rétablissement du pair-aidant a été notée, les patients exprimant des difficultés à se sentir en sécurité et en confiance avec des pairs-aidants trop à risque de rechute [44].

La charge de travail et tâches inadaptées. Cinq articles se sont intéressés à la charge de travail et aux tâches parfois inadaptées que remplissaient les pairs-aidants [17,33,37,39,41]. Du fait de la méconnaissance de leur rôle, des pairs-aidants se sont vus assigner des tâches qui n'étaient pas de leur ressort (comme le rôle de taxi par exemple) [33]. Soixante-quatre pour cent des pairs-aidants travaillent à temps plein, ceux travaillant à temps partiel le font par choix dans 39,8 % des cas, parce qu'ils n'avaient pas trouvé d'emploi à plein temps dans 39,8 % des cas, ou parce qu'ils ne veulent pas perdre leurs prestations sociales dans 31,1 % des cas [41].

Facteurs facilitant l'intégration des pairs-aidants et leur satisfaction au travail. Treize études ont mis en avant les facteurs facilitant l'intégration des pairs-aidants au sein des équipes de soins et leur satisfaction au travail.

Soutien organisationnel et orientation des services. Globalement, une bonne intégration des pairs-aidants dans le système de santé, un bon soutien à l'organisation de leur travail quotidien et une bonne satisfaction au travail des pairs-aidants interrogés sont retrouvés [45]. Neuf études ont souligné l'importance d'une philosophie des pratiques orientées sur le rétablissement dans les services et d'une aide à l'organisation de leur travail dans l'intégration des pairs-aidants dans les équipes de soins [30,33,42,45–50]. L'alliance avec les pairs dans le travail [48], une aide à l'organisation du travail au quotidien, des pratiques orientées rétablissement et une bonne intégration des pairs-aidants dans l'équipe [49] influencent significativement leur satisfaction.

Il semble nécessaire de préparer les équipes de soins à accueillir ces nouveaux professionnels de santé en les informant sur les rôles

des pairs-aidants, les bénéfiques attendus, le principe de rétablissement, de réhabilitation psychosociale et le risque de stigmatisation [46].

Supervision. Cinq études ont souligné l'importance de la supervision des pairs-aidants dans leurs pratiques [17,33,47,51,52]. Le soutien dans l'évolution de leur carrière et la présence d'un superviseur avec un vécu expérimentiel de la maladie étaient particulièrement appréciés par les pairs [47]. Un environnement soutenant favorisé par leurs superviseurs [17], le type et la fréquence de la supervision étaient des facteurs prédictifs de la clarté du rôle de pair-aidant [52]. Sur quatre indicateurs de satisfaction testés (compréhension du métier de pair-aidant par le superviseur, soutien par le superviseur, soutien par les collègues et travail dans des équipes de traitement), seule la compréhension du métier de pair-aidant par le superviseur était associée à la satisfaction au travail des pairs-aidants [51].

Formation. Trois études insistent sur l'importance de la formation [33,42,53]. La formation initiale permet aux pairs-aidants de mieux cerner leur rôle [42]. La formation en classe avec un instructeur, suivie par l'apprentissage en stage d'observation, semble permettre les meilleurs résultats [53]. Il existe une association positive significative entre satisfaction envers la formation, satisfaction au travail et clarté du rôle [53].

Professionnalisation du métier. La professionnalisation du métier de pair-aidant est nécessaire, car elle apporterait une crédibilité et une autorité accrues, une meilleure rémunération, une meilleure acceptation et une égalité avec les autres professionnels de santé [30].

Discussion

Interprétation des résultats

Effacité de l'intervention des pairs-aidants

Les résultats hétérogènes des études incluses dans la revue de la littérature ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité des interventions menées par des pairs-aidants sur les patients. Cependant, trois études sur huit trouvent des améliorations significatives en termes de rétablissement [8–10], trois études sur huit en ce qui concerne la qualité de vie [9,12,18], quatre études sur sept pour les relations sociales [18,19,21,22]. Une étude montre une amélioration non significative sur la santé physique [8] et une étude une diminution du nombre d'hospitalisations en psychiatrie [28].

Ces résultats positifs montrent qu'il existe un réel bénéfice à associer des pairs-aidants dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, avec une augmentation des possibilités de rétablissement des patients, une amélioration de leur qualité de vie et de leurs relations sociales. Les interventions de pair-aidance permettraient également de réaliser des économies dans les dépenses de santé, en diminuant le nombre d'hospitalisations. Les patients suivis par des pairs-aidants étaient en effet plus susceptibles d'utiliser les services ambulatoires.

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

Ensuite, les échelles utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions différaient selon les études. La taille des échantillons

testés variait d'une étude à l'autre, certaines regroupant un grand nombre de patients, quand d'autres ne prenaient en compte que l'évolution d'une dizaine. Enfin, la qualité des études peut être également impliquée dans l'hétérogénéité des résultats, avec parfois une absence de randomisation, parfois un biais de sélection dans le recrutement des patients souhaitant recevoir une aide par un pair-aidant.

Plusieurs études en cours de réalisation ont été retrouvées, mais les résultats ne sont pas encore disponibles et n'ont pas été inclus dans cette revue. Elles pourraient apporter des réponses quant à l'efficacité de ces interventions.

Facteurs influençant l'intégration des pairs-aidants

Les résultats portant sur les facteurs influençant l'intégration des pairs-aidants au sein des équipes sont homogènes. Ainsi, pour favoriser l'intégration des pairs-aidants, il est utile que les soignants soient informés du rôle de pair-aidant, qu'ils aient compris ce qu'était le parcours de rétablissement. Les pairs-aidants doivent de leur côté bénéficier d'une formation complète, avoir un rôle défini, et être supervisé, de préférence par un autre pair-aidant. Le soutien de l'administration semble primordial. La grande majorité des études s'appuyaient sur des données qualitatives, recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés. Seulement sept études sur les vingt-sept sélectionnées utilisaient des données quantitatives pour évaluer les facteurs d'intégration. Ces résultats pourraient permettre de proposer des recommandations pour favoriser le travail et l'intégration future de pairs-aidants dans des équipes de soins. Un guide pratique proposant des recommandations pour faciliter l'intégration du pair-aidant au sein des structures est d'ailleurs paru très récemment en France [54].

Limites de la revue de la littérature

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

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

Enfin, plusieurs études présentaient des biais pouvant diminuer la validité des résultats. On dénombre 24 études comprenant moins de cinquante participants. Pour évaluer l'efficacité des interventions, dix-neuf études ont utilisé des données auto-déclarées, des auto-évaluations ou des données rapportées par les patients sans que celles-ci ne soient évaluées objectivement ce qui peut constituer un biais d'information. Sept études rapportent beaucoup de perdus de vue ou une faible participation des patients au programme proposé [9–14,22]. Enfin, cette revue de la littérature ne comprend que sept études contrôlées randomisées [10,12–14,20,22,28].

Conclusion

L'emploi de pairs-aidants en psychiatrie est récent et tend à se développer avec la prise en compte du processus de rétablissement des patients. Si les résultats semblent prometteurs en termes d'amélioration du rétablissement, de la qualité de vie et

des relations sociales des patients, des études de meilleure qualité, contrôlées et randomisées sont nécessaires pour valider ces résultats et permettre à ces interventions de continuer à se développer. Une homogénéisation des interventions de pairs-aidants est à prévoir afin d'obtenir des résultats plus cohérents. L'intégration de pairs-aidants à des programmes d'éducation thérapeutique ou de promotion à l'observance médicamenteuse pourrait être une possibilité. Une étude a déjà montré que l'adjonction de soutien par les pairs à un programme de psychoéducation améliore l'adhésion des patients au programme, une autre suggère que l'intervention des pairs-aidants pourrait favoriser l'observance et l'adhésion au traitement (notamment la clozapine) des patients [55], mais ces résultats restent à confirmer. Il est nécessaire de définir les rôles de cette profession émergente, et une standardisation de leur formation semble indispensable pour les préparer au mieux à intervenir auprès des patients.

Déclaration de liens d'intérêts

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

Annexe 1. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.01.009>.

Références

- Greacen T. Empowerment, entraide et pair aideance. In: *Pair-aidance en santé mentale, une entraide professionnalisée*, coordonné par Nicolas Franck et Caroline Cellard, Elsevier. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2020.
- Psycom. *Pair-aidance en santé mentale*; 2015, published online Paris. <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-professionnels-de-la-sante-mentale/#pair-aidant-6156f1c8939fb>.
- Cloutier G, Maugiron P. La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information Psychiatrique* 2016;92:755–60.
- Pair-aidance, document de travail. https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2017/03/note_pair_aidance_-_document_de_travail.pdf.
- Vignaud A. La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Ann Medicopsychol* 2017;175:736–40.
- Le Cardinal P. Historique : comment les pairs-aidants ont pris leur place dans le système de soin psychiatrique. In: *Pair-aidance en santé mentale, en entraide professionnalisée*, coordonné par le Nicolas Franck et Caroline Cellard. Elsevier Masson; 2020.
- Villani M, Kovess-Masféty V. [Peer support programs in mental health in France: Status report and challenges]. *Encephale* 2018;44:457–64.
- Fortuna KL, DiMilia PR, Lohman MC, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness of a peer-delivered and technology supported self-management intervention for older adults with serious mental illness. *Psychiatr Q* 2018;89:293–305.
- Scanlan JN, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry* 2017;17:307.
- Mahlke CI, Priebe S, Heumann K, et al. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. *Eur Psychiatry* 2017;42:103–10.
- Johnson S, Lamb D, Marston L, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet* 2018;392:409–18.
- Rogers ES, Maru M, Johnson G, et al. A randomized trial of individual peer support for adults with psychiatric disabilities undergoing civil commitment. *Psychiatr Rehabil J* 2016;39:239–47.
- Salzer MS, Rogers J, Salandra N, et al. Effectiveness of peer-delivered Center for Independent Living supports for individuals with psychiatric disabilities: A randomized, controlled trial. *Psychiatr Rehabil J* 2016;39:239–47.
- Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V, et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;142:98–105.
- Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, et al. Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *Psychiatr Q* 2012;83:209–20.
- Fortuna KL, Storm M, Naslund JA, et al. Certified peer specialists and older adults with serious mental illness' perspectives of the impact of a peer-delivered and technology-supported self-management intervention. *J Nerv Ment Dis* 2018;206:875–81.
- Tse S, Tsoi EWS, Wong S, et al. Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: preliminary evaluation and experience. *Int J Soc Psychiatry* 2014;60:211–8.
- Kidd SA, Virdee G, Mihalakakos G, et al. The welcome basket revisited: testing the feasibility of a brief peer support intervention to facilitate transition from hospital to community. *Psychiatr Rehabil J* 2016;39:335–42.
- Castellanos D, Capo M, Valderrama D, et al. Relationship of peer specialists to mental health outcomes in South Florida. *Int J Ment Health Syst* 2018;12:59.
- Wroblewski T, Walker G, Jarus-Hakak A, et al. Peer support as a catalyst for recovery: a mixed-methods study. *Can J Occup Ther* 2015;82:64–73.
- Lien AD, Meissen G. Peer perspectives: expectations and satisfaction with certified peer specialist services. *Int J Psychosoc Rehabil* 2012;17:5–16.
- Sells D, Black R, Davidson L, et al. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322–7.
- Fan Y, Ma N, Ma L, et al. A community-based peer support service for persons with severe mental illness in China. *BMC Psychiatry* 2018;18:170.
- Tse S, Mak WWS, Lo IWK, et al. A one-year longitudinal qualitative study of peer support services in a non-Western context: The perspectives of peer support workers, service users, and co-workers. *Psychiatry Res* 2017;255:27–35.
- Henderson AR, Kemp V. Australian consumer perceptions of peer support. *Asia Pac Psychiatry* 2013;5:152–6.
- Bates A, Kemp V, Isaac M. Peer support shows promise in helping persons living with mental illness address their physical health needs. *Can J Commun Ment Health* 2008;27:21–36.
- Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Ment Health J* 2011;47:106–12.
- Sledge WH, Lawless M, Sells D, et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011;62:541–4.
- Lawn S, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health* 2008;17:498–508.
- Cleary M, Raeburn T, Escott P, et al. 'Walking the tightrope': The role of peer support workers in facilitating consumers' participation in decision-making. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:1266–72.
- Simpson A, Oster C, Muir-Cochrane E. Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: a qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27:662–71.
- Mancini MA. An exploration of factors that effect the implementation of peer support services in community mental health settings. *Community Ment Health J* 2018;54:127–37.
- Clossey L, Gillen J, Frankel H, et al. The experience of certified peer specialists in mental health. *Soc Work Ment Health* 2016;14:408–27.
- Asad S, Chreim S. Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: a qualitative study. *Community Ment Health J* 2016;52:767–74.
- Cabral L, Strother H, Muhr K, et al. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health Soc Care Community* 2014;22:104–12.
- Berry C, Hayward MI, Chandler R. Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. *J Public Ment Health* 2011;10:238–49.
- Moll S, Holmes J, Geronimo J, et al. Work transitions for peer support providers in traditional mental health programs: unique challenges and opportunities. *Work* 2009;33:449–58.
- Siantz E, Henwood B, Gilmer T. Peer support in full-service partnerships: a multiple case study analysis. *Community Ment Health J* 2017;53:542–9.
- Ehrlich C, Slattery M, Vilic G, et al. What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: a qualitative study. *J Interprof Care* 2020;34:107–15.
- Walsh PE, McMillan SS, Stewart V, et al. Understanding paid peer support in mental health. *Disabil Soc* 2018;33:579–97.
- Cronise R, Teixeira C, Rogers ES, et al. The peer support workforce: results of a national survey. *Psychiatr Rehabil J* 2016;39:211–21.
- Dyble G, Tickle A, Collinson C. From end user to provider: making sense of becoming a peer support worker using interpretative phenomenological analysis. *J Public Ment Health* 2014;13:83–92.
- Vélez-Grau C, Stefancic A, Cabassa LJ. Keeping the peer in peer specialist when implementing evidence-based interventions. *Health Soc Work* 2019;44:57–60.
- Ogundipe E, Borg M, Sjäffell T, et al. Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers. *Scand J Disabil Res* 2019;21:177–85.
- Grant EA, Reinhart C, Wituk S, et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477–81.
- Mulvale G, Wilson F, Jones S, et al. Integrating mental health peer support in clinical settings: lessons from Canada and Norway. *Healthc Manage Forum* 2019;32:68–72.
- Jones N, Teague GB, Wolf J, et al. Organizational climate and support among peer specialists working in peer-run, hybrid and conventional mental health settings. *Adm Policy Ment Health* 2020;47:150–67.
- Clossey L, Solomon P, Hu C, et al. Predicting job satisfaction of mental health peer support workers (PSWs). *Soc Work Ment Health* 2018;16:682–95.

- [49] Grant EA, Dziadkowiec O. Factors influencing job satisfaction in certified peer specialists. *Int J Psychosoc Rehabilitation* 2012;17:3–43.
- [50] Clossey L, Hu C, Gillen J, et al. Exploratory factor analysis of peer support workers job obstacles and barriers survey (PSWJOBS). *Soc Work Ment Health* 2019;17:449–61.
- [51] Kuhn W, Bellinger J, Stevens-Manser S, et al. Integration of peer specialists working in mental health service settings. *Community Ment Health J* 2015;51:453–8.
- [52] Davis JK. Supervision of peer specialists in community mental health centers: practices that predict role clarity. *Soc Work Ment Health* 2015;13:145–58.
- [53] Jenkins S, Chenneville T, Salnaitis C. Are peer specialists happy on the job? *Psychiatr Rehabil J* 2018;41:72–5.
- [54] Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? https://centreressourcerehabilitation.org/IMG/pdf/livret_intergrertravailleur_pair.pdf.
- [55] Grace JJ, Szarowicz RS. The Clozapine Access Project. *Psychiatr Serv* 2001;52:108.