



**Conseil
Supérieur de la Santé**

LE CONTACT AVEC LES PAIRS DANS LES SOINS DE SANTÉ MENTALE

**FÉVRIER 2024
CSS N° 9743**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Avenue Galilée, 5 bte 2
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.fgov.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veuillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. Le contact avec les pairs dans les
soins de santé mentale. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9743.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir
de la page web: www.css-hgr.be

Cette publication ne peut être vendue



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9743

Le contact avec les pairs dans les soins de santé mentale

This report aims at providing peers, policy, the care sector and society with specific recommendations on peer support in mental health care.

Version validée par le Collège du 7 février 2024

RESUME

Les contacts avec les pairs sont de plus en plus utilisés dans les soins de santé mentale. Néanmoins, il manque à l'heure actuelle de cadre structurel pour les contacts avec les pairs et de reconnaissance de leur valeur ajoutée, à la fois individuelle et sociale, dans le cadre des soins. Suite à un appel à projet pour son domaine « santé mentale » et à une proposition de l'asbl UilenSpiegel, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a décidé de propre initiative d'élaborer des recommandations à ce sujet ; et plus spécifiquement sur les contacts asymétriques intentionnels dans le cadre des soins de santé mentale avec des personnes souffrant de vulnérabilité mentale en dehors du cadre institutionnel et clinique.

L'avis se fonde sur une analyse systématique de la littérature scientifique, sur une étude Delphi menée auprès des parties prenantes et, en outre, sur l'analyse de l'expérience vécue par les participants à des séances de conseil par les pairs.

La littérature scientifique montre une diversité considérable dans la recherche sur le contact entre pairs (différentes définitions, cadres théoriques, contenus, contextes de soins, méthodologies, types de résultats, mesures des résultats...), mais malgré l'hétérogénéité et même les ambiguïtés, toutes les études montrent des effets positifs directs et indirects et une absence d'effet négatif dû au contact entre pairs.

La valeur ajoutée du contact avec les pairs réside dans le contact entre des personnes ayant des expériences similaires, ce qui facilite la reconnaissance naturelle et le soutien dans le cadre d'un processus de rétablissement dans le domaine de la santé mentale en général, ainsi que dans des groupes cibles spécifiques. Dans le cadre d'un contact entre pairs de nature réciproque, un soutien informel et naturel peut se produire entre les personnes souffrant d'une maladie mentale. Dans le cadre d'un contact formel entre pairs, de nature plus unidirectionnelle, un cadre professionnel est nécessaire pour garantir aux participants une certaine qualité et pour protéger le pair aidant lui-même. Ce cadre est lié au rétablissement du pair aidant et comprend également des éléments d'éducation et de formation à des compétences spécifiques.

Les pairs aidants, outre le fait de conseiller les pairs, peuvent remplir une fonction importante de signal à l'égard des politiques et de la société. De plus il est essentiel que leur contribution précieuse soit pleinement reconnue et financée. A l'heure actuelle, les études scientifiques se concentrent principalement sur les contacts formels entre pairs au sein du système de soins traditionnel, alors que la valeur ajoutée des contacts entre pairs en dehors du cadre des soins reste peu examinée. Les effets psychosociaux potentiellement similaires à ceux obtenus dans

les soins conventionnels soulignent la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'éviter d'obliger les pairs à fonctionner au sein des structures de soins existantes.

En utilisant la méthode Delphi, les pairs aidants, les professionnels de la santé mentale, les patients et leurs familles ont été interrogés dans les parties francophone et néerlandophone du pays. Au cours de trois séries de questions, un consensus a été atteint sur 38 des 52 affirmations concernant la valeur ajoutée des contacts avec les pairs et la nécessité de s'organiser professionnellement. Dans l'ensemble, aucune proposition n'a été rejetée, mais les commentaires des participants ont mis en évidence un certain nombre d'opinions divergentes, en particulier entre les différents groupes cibles interrogés. Ces avis ont été analysés et mis en correspondance avec les déclarations restantes qui n'ont pas été acceptées.

L'analyse Delphi montre que le soutien par les pairs, en tant que complément des soins cliniques, peut être utile à différents stades du processus de rétablissement et apporte une valeur ajoutée tant au patient qu'au pair aidant lui-même. Dans le cadre de ce rôle complémentaire aux soins de santé conventionnels, résoudre les manquements et les problèmes avec les prestataires de soins de santé conventionnels n'est en aucun cas la tâche implicite des pairs aidants. L'organisation professionnelle du soutien par les pairs nécessite un statut basé sur plusieurs descriptions de poste spécifiques qui reflètent la diversité des rôles au sein du soutien par les pairs. Ce statut est essentiel pour la reconnaissance du pair aidant, pour sa protection et celle du patient. Ce statut peut permettre aux pairs aidants d'être rémunérés selon des barèmes établis en fonction des descriptions de fonction. L'expérience est un prérequis, et la formation pratique peut couvrir différents sujets. Le soutien supplémentaire comprend un soutien logistique et financier, ainsi que l'intégration dans des équipes de soutien, des organisations et un réseau professionnel.

L'analyse des données relatives à l'expérience vécue par 51 patients au sein de groupes de pairs montre une image essentiellement positive, les individus se sentant "entendus, vus et compris" en partageant leur propre expérience comme une source précieuse de soutien et d'inspiration. Ils ont indiqué qu'en plus de leur expérience personnelle, leurs compétences professionnelles pouvaient contribuer à un conseil efficace. Le soutien par les pairs en ligne a été perçu comme largement accessible, via la suppression de l'obstacle du déplacement, mais avec comme limite le peu de visibilité du langage corporel.

Cette approche multi-méthodes fournit des indications sur la reconnaissance du contact avec les pairs dans les soins de santé mentale, avec des effets potentiellement positifs sur divers paramètres. À partir de ces résultats, des recommandations sont formulées pour mettre en place un cadre clair et une structure organisée afin de garantir l'organisation professionnelle des contacts entre pairs. Les conditions qui seront mises en place à cet effet pour le terrain requièrent toutefois la mise à disposition des ressources financières nécessaires. L'avis comprend des recommandations concrètes destinées spécifiquement aux groupes de pairs, aux autorités, au secteur des soins et à la société.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*¹

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Peer	Peer	Lotgenoot	Pair	Gleichgestellte
	Peer expert	Peer expert, peer supporter, lotgenotenbegeleider, ervaringsdeskundige	Pair aidant	Erfahrungsexperte
	Peer support	Peer support, lotgenotencontact	Pair aidance	Peer-Unterstützung
Mental health	Mental health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	Psychische Gesundheit
Life experience Review, systematic	Lived experience	Doorleefde ervaring	Expérience vécue	Erlebte Erfahrung
	Literature review	Literatuuronderzoek	Revue de littérature	Literaturübersicht
Delphi study	Delphi study	Delphi-studie	Étude Delphi	Delphi-Studie

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction et question.....	4
II. Méthodologie	5
III. Elaboration et argumentation	6
1. Définition du scope	6
2. Analyse des données	10
2.1. Analyse de la littérature	10
2.1.1. Résultats	10
2.1.2. Spécificité du contact avec les pairs	12
2.1.3. Cadre derrière l'unidirectionnalité	13
2.1.4. Rôles des pairs aidants	14
2.1.5. Défis et potentiel des contacts formels avec les pairs	15
2.1.6. Conclusions sur base de la littérature.....	16
2.2. Analyse Delphi	17
2.2.1. Méthode de recherche	17
2.2.2. Première étape : Récolte d'informations qualitatives	17
2.2.3. Deuxième étape : feedback quantitatif sur les déclarations	20
2.2.4. Troisième étape	23
2.2.5. Résultats finaux et conclusions	28
2.2.6. Quatrième étape : feedback sur le rapport de synthèse.....	31
2.3. Expérience vécue asbl UilenSpiegel	31
IV. Conclusions et recommandations	32

¹ Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

1. Conclusions.....	33
2. Recommandations	34
V. Références	39
VI. Composition du groupe de travail.....	42
VII. Annexes.....	43

Liste des abréviations utilisées

CSS	Conseil Supérieur de la Santé
GDPR	<i>General Data Protection Regulation</i> (Règlement général sur la protection des données)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SMI	<i>Severe mental illness</i> (maladie mentale grave)
TAU	<i>Treatment as usual</i> (traitement habituel)

I. INTRODUCTION ET QUESTION

Dans des soins de santé mentale orientés vers le rétablissement et qui, d'une part, doivent travailler avec des ressources humaines et financières limitées et, d'autre part, doivent faire face à une demande croissante, il est de plus en plus fait appel au soutien par les pairs (les pairs étant des personnes qui partagent des caractéristiques communes avec un individu ou un groupe spécifique). Les contacts avec les pairs font d'ailleurs partie de plusieurs recommandations de bonne pratique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2021) recommande notamment le soutien par les pairs comme approche permettant de renforcer des soins de santé mentale centrés sur la personne, axés sur le rétablissement et fondés sur le respect des droits.

Dans de nombreux groupes de la population ayant besoin de soutien, et notamment ceux souffrant de maladies (mentales) chroniques, le soutien par les pairs peut en effet aider à améliorer la santé physique et psychosociale et favoriser les changements de comportement et l'autogestion de la santé.

Dans un avis définissant des indicateurs de qualité pour les soins de santé mentale en Belgique, le CSS (CSS 9204, 2016) recommandait également la disponibilité de services de soutien entre pairs et d'auto-thérapie comme indicateur de qualité. Dans un avis tirant les leçons pour l'avenir de la prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19, le CSS (CSS 9676, 2022) recommandait également de prévoir la possibilité de contacts avec les pairs en cas de détresse psychologique.

De nombreux efforts sont par ailleurs faits actuellement en Belgique pour intégrer le soutien par les pairs dans les soins de santé mentale. Plusieurs initiatives fédérales et régionales visent ainsi à la création de postes de pairs : les psychologues de première ligne peuvent faire des séances de groupe co-animées par des experts du vécu (définis comme quelqu'un qui a l'expérience de la maladie, qui est dans une certaine mesure en « rétablissement » et peut utiliser cette expérience pour aider d'autres, et qui a développé des stratégies, des outils et des pratiques, à travers la formation ou l'expérience acquise durant son parcours). Les nouvelles unités « *High Intensive Care* » prévoient aussi le recours à des pairs aidants. La pair aidance a aussi été définie dans la révision du décret de santé mentale de 2019 en Flandre², et devrait être intégrée dans le plan d'action sociale santé de Bruxelles et dans la

²

<https://codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1031696¶m=inhoud&ref=search&AVI DS=>

révision du code wallon de l'action sociale et de la santé. Quelques projets sont financés (par ex. PAT à Bruxelles).

Lors de l'appel à projet pour le programme de travail 2023 du domaine de la santé mentale du CSS, l'asbl UilenSpiegel (association pour les personnes présentant un problème de santé mentale qui entre autres crée et soutien des groupes de soutien par les pairs) avait soumis une proposition visant à reconnaître la valeur ajoutée des contacts avec les pairs comme un des outils du système de santé mentale. De plus cette proposition vise aussi à définir les moyens nécessaires pour soutenir de manière structurelle les groupes organisés de manière professionnelle.

Devant le constat qu'il manque à l'heure actuelle un cadre uniforme pour ces contacts avec les pairs (définition de fonction, besoins en formation, ...) et que la valeur ajoutée de ces contacts avec les pairs par rapport aux soins formels n'est pas suffisamment étudiée, tant au niveau individuel (compliance au traitement, stress, santé, qualité de vie, ...) qu'au niveau de la société (notamment en ce qui concerne l'utilisation des soins professionnels, le nombre et la durée des hospitalisations, l'intégration socio-professionnelle...), cette proposition a été sélectionnée comme prioritaire par le groupe permanent « santé mentale » du CSS. Le CSS a donc décidé d'élaborer un avis qui répond aux questions suivantes :

- La valeur ajoutée du contact avec les pairs peut-elle être reconnue comme l'un des outils du système de santé mentale sur la voie du rétablissement du patient ?
- Comment devrait être organisé de manière structurelle l'accompagnement des contacts avec les pairs, pour donner un cadre professionnel à ces contacts ?

II. METHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et les co-présidents du domaine santé mentale et du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des pairs aidants et des experts en psychiatrie, psychologie, sociologie, médecine, soins infirmiers, étaient représentés. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

Le CSS accorde une grande importance à la consultation et à l'implication active d'un variété d'experts dans tous ses avis. En particulier dans cet avis sur l'importance du contact entre pairs dans le processus de rétablissement en santé mentale, une approche transdisciplinaire a été activement mise en œuvre. Cette approche s'est manifestée non seulement lors des phases de recherche, mais également dans la constitution de tous les groupes de travail, où les connaissances issues de la science et de la pratique ont été intégrées de manière équivalente. Des personnes ayant une expérience vécue, des proches, des professionnels de la santé et des experts de divers domaines ont collaboré pour élaborer cet avis.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts et des personnes actives sur le terrain, récoltée notamment au moyen d'une étude Delphi.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe de travail permanent en charge du domaine santé mentale), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

III. ELABORATION ET ARGUMENTATION

1. Définition du scope

Les contacts avec les pairs constituent un domaine très large et font l'objet de définitions multiples. De manière générale on peut dire que les pairs sont des personnes qui partagent des caractéristiques communes avec un individu ou un groupe spécifique. Mais ces caractéristiques communes peuvent être définies de différentes manières et le soutien par les pairs peut aussi être de différents types : il peut se faire à plusieurs endroits, s'adresser à différents groupes cibles (dont les familles des patients), intervenir à différents moments du processus, et ce de manière plus ou moins intentionnelle, formelle et symétrique. Il est impossible de cartographier l'ensemble de ce domaine et cela dépasse de loin l'objectif ou la portée du présent avis. Il est donc nécessaire d'établir une démarcation claire et de parvenir à une définition précise de ce que nous entendons concrètement par contact avec les pairs dans le présent avis.

Une première limite de cet avis est qu'il ne portera que sur les contacts avec les pairs dans le cadre des **soins de santé mentale**. Il ne s'intéressera donc pas de manière spécifique aux groupes qui existent dans d'autres domaines (par exemple, groupe de soutien pour patients ayant le cancer) ; même si la limite n'est pas toujours facile à tracer, et que les recommandations pourraient peut-être leur être applicables.

Pour des raisons pratiques, l'avis portera uniquement sur les contacts avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Toutefois, cet avis reconnaît l'importance et la valeur ajoutée des contacts entre pairs pour les familles.

L'avis ne portera pas non plus sur toutes les formes de contacts avec les pairs. Sur la base de la question posée par l'asbl UilenSpiegel et en s'appuyant sur la littérature pertinente, nous nous concentrons dans le présent avis sur **les contacts asymétriques intentionnels entre pairs en dehors du cadre clinique**. Il s'agit d'une forme délibérée et non aléatoire de soutien qui permet aux patients (en traitement, en rémission ou rétablis) d'aider d'autres patients en cours de traitement à partir d'une relation asymétrique dans laquelle les autres malades sont considérés comme ayant évolué dans leur propre processus de guérison. Ici, nous nous référons tout d'abord à l'avis antérieur du CSS de 2016. Selon cet avis (CSS 9204, 2016), le soutien entre pairs peut avoir différentes formes : il peut s'agir d'un processus par lequel des personnes s'aident mutuellement pour faire face à des problèmes communs, mais cela peut également être défini comme un type de soins non réciproques où des personnes qui ont réussi à surmonter leurs troubles mentaux proposent un soutien social, affectif ou instrumental différent de l'aide professionnelle. Dans cet avis, les définitions de Davidson et al. (2006) et de Solomon (2004) étaient utilisées, et elles ont également servi de base au présent avis.

Selon Davidson et ses collègues, les pairs sont des personnes qui sont en rétablissement (*recovery*), c'est-à-dire des personnes avec une histoire de maladie mentale et une expérience significative d'amélioration (elles ont surmonté leurs problèmes) et qui offrent leur soutien à d'autres personnes qui sont moins loin dans le processus de rétablissement.

D'après ces auteurs, le soutien par les pairs se situe au centre d'un continuum (Figure 1), entre des approches unidirectionnelles (une personne experte donne à une autre) et des approches qui se basent sur la réciprocité (amitié, groupes de parole...), dans lesquelles tout le monde est sur un même pied d'égalité. Le soutien par les pairs est considéré comme **asymétrique** : le pair aidant (*peer supporter*) a quelque chose de plus que le pair, le premier fournit le service tandis que le second le reçoit.

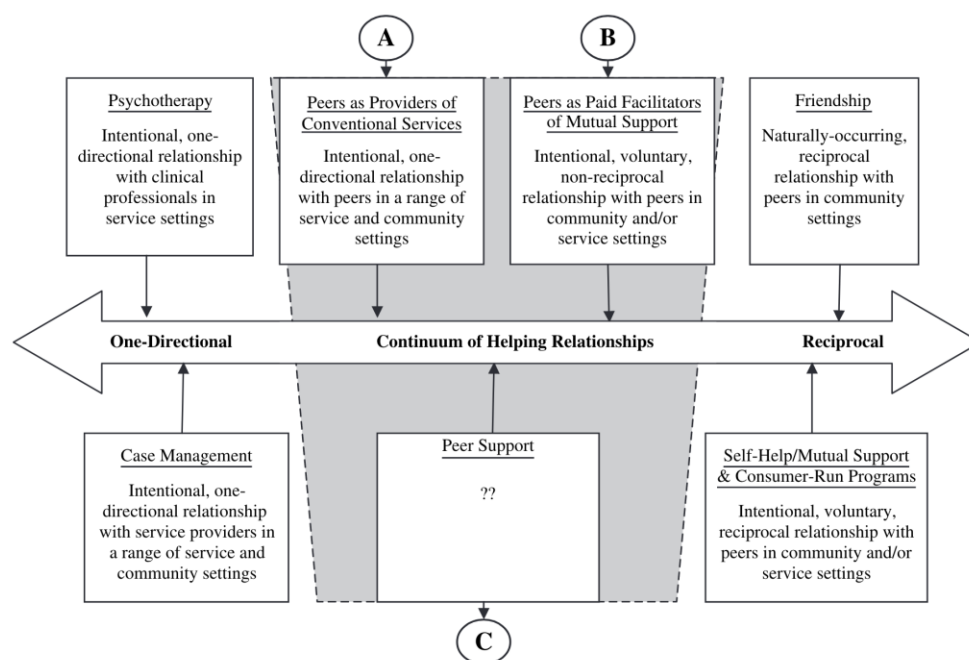


Fig. 1. A Continuum of Helping Relationships Among Adults With Serious Mental Illness.

Solomon (2004) définit quant à lui le *peer supporter* comme quelqu'un qui a vécu une expérience de vulnérabilité en santé mentale, et offre son soutien à d'autres personnes qui ont ce problème. Il s'agit de donner et recevoir de l'aide (bi-directionnalité), avec respect, responsabilité partagée et accord mutuel sur ce qui peut aider.

La notion est plus égalitaire. Plutôt qu'un continuum, il y aurait 2 grandes catégories de ce soutien émotionnel, social couplé avec une aide instrumentale :

- Groupes d'entraide, *self help* (extrême droite du schéma de Davidson) : personnes qui ont le même niveau d'expérience, et qui font un partage horizontal, pairs avec objectif commun (peut aussi se faire en ligne : forums par exemple.)
- *Peer delivered services* : rapport asymétrique, avec des services fournis par des individus qui ont été identifiés comme ayant des problèmes de santé mentale, qui ont reçu des services d'aide pour cela, et délivrent maintenant de l'aide à d'autres personnes. Ces services peuvent aussi prendre plusieurs formes :
 - *Peer run or operated services* : services organisés, administrés par des personnes avec une maladie mentale
 - *Partnerships* : personnes qui dépendent d'institutions où il y a aussi des personnes qui n'ont pas de troubles mentaux (mixité)
 - *Peer employees* : individu engagés comme pairs dans l'institution.

Dans cet avis, les directives de la Commission santé mentale du Canada (Sunderland & Mishkin, 2018) ont également été examinées. Celles-ci définissent quant à elle le soutien par les pairs comme une relation d'entraide existant entre deux personnes ayant un vécu expérientiel commun. Ces directives proposent également un continuum entre un aspect amical et un aspect de soutien clinique, plus vertical et formalisé, avec un *cut-off* un entre les deux qui n'est pas défini de manière claire. Tout au bout de ce continuum il y a les pairs engagés dans un cadre clinique, dans une équipe de soins pluridisciplinaire.



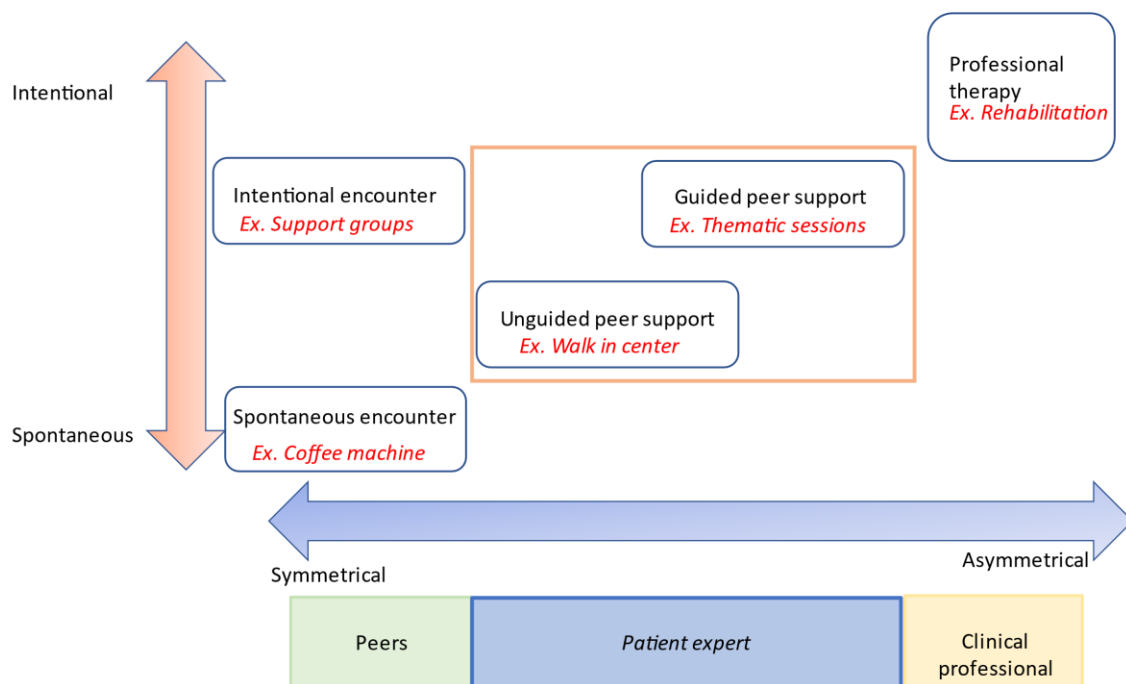
D'autres définitions (Pfeiffer et al., 2011 ; Chinman et al., 2014), insistent également sur l'idée d'un échange (unidirectionnel ou mutuel) entre une personne plus expérimentée vers une personne novice (pour un même problème).

Les contacts avec les pairs constituent donc un échange entre personnes qui ont un vécu commun (de vulnérabilité de santé mentale) qui se différencie selon plusieurs aspects :

- Un continuum entre le côté spontané, informel ou intentionnel, structuré de l'intervention auprès des autres patients
- Un continuum entre le côté symétrique ou non de la relation (d'expert vers non expert)
- la place des personnes dans le système ou l'organisation (employées ou non, qui créent leur propres services, intégré ou non dans une équipe multidisciplinaire ...),
- la forme de la validation de l'expertise ou de l'expérience,
- la formation et l'éventuelle rémunération du pair.

Le présent avis se concentre sur un aspect bien défini du soutien par les pairs, à savoir le **contact intentionnel et asymétrique entre pairs**. Étant donné que le CSS estime que les contacts de type informels et spontanés ne devraient pas être encadrés, et que les contacts de type professionnels le sont déjà par la réglementation des professions de santé mentale, le CSS a décidé de se focaliser sur la partie encadrée en orange du schéma ci-dessous :

- ce qui est en haut du continuum (côté intentionnel), mais sans que ça aille jusqu'à l'aide thérapeutique professionnelle (cadre clinique, mais pas organisé par des cliniciens, organisé par les pairs aidants eux-mêmes) ;
- sur les pairs qui sont reconnus comme « experts », c'est-à-dire plus que de simples pairs qui s'entendent entre eux sans être guidés, mais sans être non plus des professionnels de la santé mentale



En ce qui concerne le lieu de l'intervention (qui peut être ou non dans un dispositif clinique), le CSS a par ailleurs décidé de se pencher sur ce qui se fait en-dehors du cadre clinique, car le cadre institutionnel permet déjà d'avoir une structure pour ces contacts (même si, là aussi, la coopération transdisciplinaire peut être améliorée). L'objectif de cet avis est principalement de pouvoir identifier comment on peut donner un cadre à d'autres organisations en-dehors des institutions cliniques afin d'organiser ces contacts de manière professionnelle. Cela permettra également d'identifier la valeur du contact avec les pairs durant toutes les phases du rétablissement (avant, pendant ou après le traitement), et pas uniquement pour celle qui se situe dans le dispositif clinique.

L'avis portera donc sur les **contacts avec les pairs** qui répondent aux critères suivants :

- Il s'agit d'un soutien pour des personnes présentant des vulnérabilités de santé mentale,
- Organisé par des personnes qui elles-mêmes sont ou ont été atteintes par la maladie mentale,
- qui ont été reconnues comme expertes (quelle que soit la forme de la reconnaissance, et qu'elles soient rémunérées ou non),
- spécifiquement sur les contacts asymétriques intentionnels,
- ce soutien étant proposé de manière intentionnelle,
- et asymétrique,
- ce soutien s'organise en-dehors du cadre institutionnel, clinique.

En définissant le cadre, l'avis pourra être utilisé pour clarifier ce que l'on entend par expérience et comment la reconnaissance de l'expertise devrait se faire (clinical check, auto-sélection, évaluation externe, formation...), dans quelle mesure le pair devra ou non bénéficier de formation et recevoir une rémunération pour les services fournis.

2. Analyse des données

Afin de déterminer la valeur ajoutée du contact avec les pairs tant au niveau du patient qu'au niveau du système de santé et de la société ; et de fixer le cadre à mettre en place pour l'organiser de manière professionnelle, il a été décidé de consulter à la fois la littérature scientifique et l'opinion des personnes actives sur le terrain. Pour cela, il a fait d'une part une revue de la littérature, et d'autre part une étude Delphi, qui permet de récolter de manière structurée les avis d'experts du terrain. En outre, l'expérience vécue par les participants aux accompagnements au sein de l'asbl UilenSpiegel a également été examinée en tant que matériel complémentaire.

2.1. Analyse de la littérature

Une revue systématique de littérature a été mise en place. Pour celle-ci, le groupe de travail a d'abord défini des termes de recherche spécifiques et des termes d'inclusion/exclusion avec lesquels les articles ont été recherchés dans trois bases de données scientifiques, à savoir : Psychinfo, Pubmed et Web of Science.

Dans le cadre de cette analyse spécifique, il a été décidé de ne retenir que le niveau le plus élevé de preuves, à savoir les revues et les méta-analyses, afin de permettre la recommandation la plus solide possible dans les délais impartis par le groupe de travail. Toutes les revues de littérature ne se référant pas comme étant une revue systématique et utilisant une autre terminologie (e.g., *meta-synthesis*, *rapid review*) mais ayant une composante systématique ont également été incluses. Ces revues devaient s'intéresser (à titre principal ou accessoire) à l'efficacité du *peer support* sur les patients bénéficiant de ce support en comparaison à des patients ne recevant pas un tel support. Le *peer support* était défini comme la mise en place d'un programme permettant à des patients en traitement, en rémission ou guéris de soutenir des patients en traitement, dans une relation d'asymétrie où le pair est considéré comme plus avancé dans son parcours de soins. Les patients devaient être des adultes ayant un trouble mental / problème de santé mentale, quel qu'il soit. Les études portant sur un diagnostic précis (p. ex., trouble psychotique) ou plusieurs diagnostics différents en même temps (p. ex., maladie mentale grave) ont été incluses. Seules les études dont l'applicabilité au contexte belge ont été incluses (e.g., exclusion des études uniquement en contexte asiatique). Les revues ne faisant pas (dans leurs résultats) de différence entre les études portant sur le « *peer-support* » et d'autres dispositifs (e.g., « *group sessions* ») ont été exclues car ne permettant pas d'extraire l'information spécifique sur l'efficacité du « *peer-support* ». Les revues portant uniquement sur les programmes de prévention ont été exclues.

On trouvera à l'annexe 1 un détail des termes de recherche utilisés et du processus de sélection suivi (Prisma).

2.1.1. Résultats

L'examen de la littérature montre clairement que l'attention scientifique portée au contact avec les pairs dans le cadre des soins de santé mentale englobe un champ de recherche très vaste.

Tout d'abord, il existe diverses définitions et cadres théoriques concernant la mise en œuvre concrète du contact avec les pairs (p. ex., thérapie de réseau (Moore, 2005) mentorat par expérience vécue (Pellizer & Wade, 2022 ; Lewis & Foye, 2021) programmes dirigés par le consommateur (Doughty & Tse, 2011) modèle de rétablissement par les pairs (Orock & Nicette, 2022 ; Winsper et al., 2020 ; Yim et al., 2023), intervention sociale communautaire

(Killaspy et al., 2022),...). Des recherches sont en cours sur l'impact ou la valeur ajoutée de modèles spécifiques de contact par les pairs (Watson, 2019 ; Yim et al., 2023 ; King & Simmons, 2018 ; Corrigan et al., 2022) ainsi que sur les applications numériques (McColl et al., 2014 ; Leung et al., 2022) du contact par les pairs. Cependant, toutes les études n'énoncent pas clairement les cadres théoriques dont elles partent. De plus, les enquêtes ne concernent pas nécessairement seulement la personne vulnérable, mais aussi les plus proches parents ou les membres de la famille (Killaspy et al., 2022 ; Gühne et al., 2020).

Deuxièmement, l'impact du contact avec les pairs est étudié à la fois dans des diagnostics spécifiques (allant des problèmes de toxicomanie (Moore, 2005 ; Orock & Nicette, 2022 ; Miler et al., 2020 ; Bassuk et al., 2016 ; Opie et al., 2023), des troubles de l'alimentation (Pellizer & Wade, 2022 ; Lewis & Foye, 2021), du suicide (Kia et al., 2021), de la schizophrénie (Burke et al., 2019 ; Evans et al., 2021), de la dépression périnatale et post-partum (Huang et al., 2020 ; Leger & Letourneau, 2015) et dans des catégories ou des concepts plus larges (p. ex., *severe mental illness* - SMI) dans le domaine de la santé mentale (Fuhr et al., 2014 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Thomas et al., 2018 ; Gühne et al., 2020 ; Stubbs et al., 2016 ; Lloyd-Evans et al., 2014 ; Chien et al., 2019 ; Chinman et al., 2014 ; Cabassa et al., 2017 ; Wang et al., 2022).

De plus, les études analysées se déroulent dans divers contextes de soins et à différents moments d'une trajectoire de soins, qui ne sont pas toujours clairement mentionnés dans les plans de recherche. Par exemple, il existe des recherches sur le contact avec les pairs à l'intérieur des murs de l'hôpital (psychiatriques ou autres), ainsi que sur les initiatives extra-muros et leurs combinaisons (Yim et al., 2023 ; Corrigan et al., 2022 ; Lyons et al., 2021 ; Walker & Bryant, 2013 ; Mutschler et al., 2022). Le moment où le contact avec d'autres patients est étudié varie de la prévention, du diagnostic, jusqu'au traitement et au suivi après un processus de rétablissement (Corrigan et al., 2022 ; Clibbens et al., 2018).

Troisièmement, l'objet de l'étude d'impact varie également considérablement d'une étude à l'autre (voir dans l'annexe 2 pour un aperçu des résultats obtenus). Par exemple, les études comprennent un amalgame de domaines de résultats possibles, allant de l'impact du contact avec les pairs sur les symptômes de la maladie (Moore, 2005 ; Pellizer & Wade, 2022 ; McColl et al., 2014 ; Miler et al., 2020 ; Yim et al., 2023 ; Leger & Letourneau, 2015) (p. ex., réduction des symptômes), des éléments de traitement (Doughty & Tse, 2011 ; Orock & Nicette, 2022 ; Miler et al., 2020 ; Sun et al., 2022 ; Wang et al., 2022 ; Clibbens et al., 2018) (p. ex., observance et nombre d'admissions), la qualité de vie (Miler et al., 2020 ; Fuhr et al., 2014 ; Cano Prieto et al., 2022), l'autonomisation (Orock & Nicette, 2022 ; Winsper et al., 2020 ; Fortuna et al., 2020), l'espoir (Pellizer & Wade, 2022 ; Fuhr et al., 2014 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Smit et al., 2022), la stigmatisation (Orock & Nicette, 2022 ; Sun et al., 2022 ; Rüscher & Kösters, 2021), des résultats psychosociaux plus pratiques (Doughty & Tse, 2011 ; Orock & Nicette, 2022 ; Miler et al., 2020 ; Yim et al., 2023 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Tweed et al., 2021) (p. ex., retour au travail, revenu, contacts sociaux, activité physique) ainsi que les coûts des soins de santé (Gaiser et al., 2021 ; Clibbens et al., 2018).

Enfin, une multitude de procédures, de méthodes et d'échelles sont utilisées qui ne sont pas toujours explicitement mentionnées dans les études, ce qui rend difficile la comparaison entre études. L'hétérogénéité de l'approche, associée au manque de précision des diverses études sur la procédure, les méthodes et les échelles utilisées, fait que pratiquement aucune des méta-analyses incluses dans cette revue ne tire de conclusion univoque sur la valeur ajoutée et/ou l'impact du contact avec les pairs en général. Cela conduit à des conclusions scientifiquement pertinentes, bien que peu utilisables par les autorités, telles que :

“Current evidence is insufficient to conclude that peer support interventions are ineffective, but also insufficient to recommend peer support in general or any particular type of peer intervention.” (Lloyd-Evans et al., 2014)

Une diversité des stratégies et des instruments de recherche est néanmoins importante pour la validité externe, et le présent avis souligne donc que la base de données de la méta-analyse évolue.

Sur la base de cette analyse, il est clair que les études examinées, en fonction des paramètres utilisés, ne mentionnent soit aucun effet soit mentionnent un effet positif en ce qui concerne la valeur ajoutée des contacts avec les pairs. Aucune étude ne fait état d'un impact négatif des contacts avec les pairs (cf. annexe 2). Pour les mêmes raisons, cette revue de la littérature ne permet pas d'obtenir une méta-analyse de l'impact du contact avec les pairs dans le cadre d'un processus de rétablissement en soins de santé mentale. Néanmoins, certains résultats émergent clairement sur la base de cette revue systématique de la littérature qui peuvent offrir des outils dans le cadre de cet avis.

2.1.2. Spécificité du contact avec les pairs

Toutes les études ne fournissent pas une définition claire des pairs et du contact avec les pairs. Les études qui le font montrent clairement que le contact avec les pairs peut comprendre diverses interprétations ; cependant, il contient certains éléments clés sur la base desquels il peut générer une valeur ajoutée par rapport aux soins de santé mentale formels. Par exemple, le contact avec les pairs concerne le contact entre des personnes qui ont vécu une expérience similaire, et qui ont parfois aussi d'autres similitudes sous-jacentes. Les autres malades partagent des similitudes basées sur des caractéristiques et des expériences personnelles sur la base desquelles ils peuvent entrer dans une relation de soins les uns avec les autres. Par conséquent, les contacts avec d'autres patients diffèrent considérablement des relations de soins formelles où la connaissance d'une maladie ou d'un incident particulier découle d'une éducation et/ou d'une formation spécifique.

“Peers were defined as non-professional health workers who possess knowledge of a disease or a specific stressor from personal experience rather than formal training and who may share salient target population similarities such as gender or age with the recipient.” (Fuhr et al., 2014)

Le contact entre pairs se greffe ainsi sur une forme naturelle de reconnaissance et d'accompagnement qui naît entre des personnes qui partagent une expérience similaire. Cette proximité psychosociale peut se traduire par divers leviers utiles dans le cadre d'un processus de rétablissement en santé mentale.

“People who share similar experiences can offer help, empathy, validation, information, and hope for another person pursuing recovery (Orock & Nicette 2022).»

Les personnes qui partagent la même expérience peuvent apprendre les unes des autres sur leur chemin vers la guérison en partageant des expériences concrètes, en se référant à ce que cette expérience a apporté en elles et à la façon dont elles ont fait face aux défis. Les éléments les plus importants sont l'espoir (Pellizer & Wade 2022 ; Fuhr et al., 2014 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Smit et al., 2022 ; Repper & Carter, 2011), l'autonomisation (Orock & Nicette, 2022 ; Winsper et al., 2020 ; Fortuna et al., 2020 ; Stubbs et al., 2016), la réduction de la stigmatisation (Orock & Nicette, 2022 ; Sun et al., 2022 ; Rusch et al., 2021 ; Repper & Carter, 2011) et le soutien psychosocial pratique (Doughty & Tse, 2011 ; Orock & Nicette, 2022 ; McColl et al., 2014 ; Miler et al., 2020 ; Watson, 2019 ; Yim et al., 2023 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Tweed et al., 2021).

« social and emotional support, frequently coupled with instrumental support, that is mutually offered or provided by persons having a mental health condition to others sharing a similar mental health condition, to bring about a desired social or personal change» (Watson, 2019).

Selon certaines études, le fait de contribuer à ces aspects peut également avoir un effet positif indirect sur les résultats cliniques (Moore, 2005 ; Pellizer & Wade, 2022 ; McColl et al., 2014 ; Miler et al., 2020 ; Yim et al., 2023 ; Leger & Letourneau, 2015) (p. ex., réduction des symptômes), les éléments du traitement (p. ex., observance) (Doughty & Tse, 2011 ; Orock & Nicette, 2022 ; Miler et al., 2020 ; Sun et al., 2022 ; Wang et al., 2022 ; Clibbens et al., 2018) et sur la qualité de vie (Miler et al., 2020 ; Fuhr et al., 2014 ; Cano Prieto et al., 2022).

Dans la littérature, le caractère réciproque du contact avec les pairs est souligné (Orock & Nicette, 2022 ; Lewis & Foye, 2021 ; Watson, 2019 ; Evans et al., 2021). Cela s'applique aussi bien aux contacts informels qu'aux contacts formels avec les pairs. Le contact informel avec les pairs se produit spontanément entre les personnes qui partagent une expérience similaire, le contact formel avec les pairs est intentionnel et a lieu entre un fournisseur formel et un receveur. De manière naturelle, un accompagnement informel peut ainsi naître entre pairs et ne nécessite pas d'éducation ou de formation (Fortuna et al. 2020). Dans le cas d'un contact formel avec des pairs, une terminologie différente est utilisée. Par exemple, dans le contexte d'un contact formel avec les pairs, les termes suivants sont utilisés : *peer supporters*, *peer (support) workers*, *peer experts*, *peer health coach* et *consumer employee* (Watson, 2019 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Corrigan et al., 2022 ; White et al., 2020 ; Lloyd-Evans et al., 2014) qui offrent et/ou organisent des contacts entre pairs.

Le contact formel avec d'autres personnes peut avoir lieu aussi bien en groupe qu'entre deux personnes et peut être mis en œuvre de différentes manières. On peut distinguer (Doughty et al., 2011 ; Evans et al., 2021 ; Killaspy et al., 2022 ; Corrigan et al., 2022 ; Gühne et al., 2020 ; Lloyd-Evans et al., 2014) :

- Une offre basée sur l'égalité entre les personnes, bien que certaines personnes puissent être considérées comme plus expérimentées ou formées
- Une offre dans laquelle l'accent est mis davantage sur l'unidirectionnalité et où les pairs qui organisent le contact entre pairs sont reconnus d'une quelconque façon comme étant différents des pairs qui participent au contact entre pairs

Plus l'accent est mis sur l'unidirectionnalité, plus on parle de la nécessité d'un cadre qui puisse motiver cette unidirectionnalité et en assurer la qualité. Ces raisons sont étroitement liées à la demande initiale adressée au CSS au sujet d'un cadre professionnel pour les contacts avec d'autres personnes dans le cadre d'un processus de rétablissement en soins de santé mentale.

2.1.3. Cadre derrière l'unidirectionnalité

Dans la littérature, divers aspects sont cités pour encadrer le contact formel avec d'autres personnes souffrant dans lequel il y a unidirectionnalité, mais aussi pour protéger ses acteurs. Cependant, ces éléments ne sont pas toujours développés en détail dans les études (White et al., 2020 ; Stubbs et al., 2016 ; Lloyd-Evans et al., 2014 ; Gaiser et al., 2021 ; Clibbens et al., 2018 ; Tweed et al., 2021). Dans les études qui abordent spécifiquement cette question, il est généralement question d'une combinaison du degré de rétablissement d'une part et de la formation suivie d'autre part.

Tout d'abord, il ressort clairement des revues que les pairs aidants sont généralement dans une phase ultérieure de rétablissement (Lewis & Foye, 2021 ; Fuhr et al., 2014 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Bassuk et al., 2016 ; Opie et al., 2023 ; Tweed et al., 2021). La mesure dans laquelle ce rétablissement est défini varie considérablement. Il y a des variations de durée d'un an à plusieurs années depuis l'apparition de sa propre vulnérabilité ou de son expérience avec les soins de santé mentale, mais on parle aussi du rétablissement comme la capacité de faire face à sa propre vulnérabilité, qui en soi ne doit pas nécessairement être comprise dans une certaine durée (par exemple, cela peut prendre un an après le diagnostic à certains, et un délai totalement différent à d'autres). Par conséquent, les personnes qui présentent encore une vulnérabilité mais qui la maîtrisent peuvent également jouer un rôle de pair, à

condition qu'elles aient les capacités d'autoréflexion nécessaires et qu'elles continuent à se concentrer sur leurs soins personnels.

En outre, la formation et l'éducation (Pellizer & Wade, 2022 ; Miler et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Bassuk et al., 2016 ; Opie et al., 2023 ; Walker & Bryant, 2013 ; Gaiser et al., 2021 ; Pitt et al., 2013 ; Repper & Carter, 2011) sont abordées. L'intensité, la durée et le contenu de cette formation ou de cette éducation sont également très variables. L'accent est mis sur l'importance d'une formation adéquate et d'une supervision régulière pour s'assurer que les animateurs de groupes de pairs sont en sécurité et bien soutenus (Pellizer & Wade, 2022). En outre, une formation adéquate des animateurs peut avoir un effet positif sur leur capacité à aider leurs pairs et à travailler pour leurs intérêts, ainsi que sur leur comportement professionnel, comme la confidentialité, le respect des limites, le respect des codes de conduite, et le respect des droits des patients (Opie et al., 2023). En général, l'efficacité d'une telle formation est liée à la combinaison d'informations (par exemple, le contexte spécifique à la maladie), de compétences (par exemple, la communication, le coaching) (Cano Prieto et al., 2022 ; Opie et al., 2023 ; Tweed et al., 2021) et d'un suivi continu (par exemple, sous forme de supervision et d'intervision) (Pellizer & Wade, 2022 ; King & Simmons, 2018 ; Stubbs et al., 2016). La participation active à la prestation de services, tant lors de séances de formation sous forme de jeux de rôle que dans le rôle d'animateur effectif de groupes de pairs, peut également contribuer à accroître les connaissances et les compétences (Leger & Letourneau, 2015 ; Chien et al., 2019).

“Peer support is about being an expert at not being an expert and that takes a lot of expertise” (Repper & Carter, 2011).

2.1.4. Rôles des pairs aidants

Le rôle des pairs aidants formels et le lieu où ils exercent cette activité sont divers au sein des études examinées. La variation du cadre est fortement liée à cette diversité. Les rôles qui sont décrits pour les pairs aidants formels avec les pairs sont les suivants (Watson, 2019 ; Fortuna et al., 2020 ; Cano Prieto et al., 2022 ; Thomas et al., 2018 ; Corrigan et al., 2022 ; Bassuk et al., 2016 ; Opie et al., 2023 ; Walker & Bryant, 2013) :

- Envers les pairs :
 - o Encadrer les pairs pour qu'ils favorisent leur propre traitement et leur rétablissement dans la mesure du possible (p. ex., l'observance du traitement, un mode de vie sain, la réduction de l'auto stigmatisation, la reprise de son pouvoir d'agir...).
 - o Établir des liens entre les pairs et leur famille, leurs proches et la société en général afin de promouvoir la socialisation
 - o Mettre en relation les pairs avec des professionnels de la santé
- Dans le cadre et l'organisation des soins :
 - o Accueil d'urgence
 - o Management
 - o Contribution à la politique de l'organisation
- Envers la politique et la société
 - o Plaidoyer / défense des intérêts
 - o Sensibilisation

Ces rôles montrent que les pairs qui travaillent dans un cadre formel peuvent parfois, à la fois sur le plan pratique et sur le plan matériel, entrer partiellement sur le territoire des professionnels traditionnels. C'est aussi au niveau de cette intersection que des défis sont formulés dans la plupart des études.

2.1.5. Défis et potentiel des contacts formels avec les pairs

Tout d'abord, diverses études mentionnent la situation difficile dans laquelle les pairs aidants formels peuvent se trouver lorsqu'ils travaillent ensemble avec les professions de santé formels (Doughty & Tse, 2011 ; Kia et al., 2021 ; Miler et al., 2020 ; Watson, 2019 ; Sun et al., 2022 ; Fuhr et al., 2014 ; Cano Prieto et al., 2022 ; King & Simmons, 2018 ; Thomas et al., 2018 ; Corrigan et al., 2022 ; Bassuk et al., 2016 ; Winsper et al., 2020 ; Reppe & Carter, 2011).

“Although peer support workers (henceforth, PSWs) are sometimes part of interdisciplinary mental health teams, they are not technically team members because their role is as a peer supporting a peer, sharing their personal experience without making interventions framed inside the role of physician, psychologist or occupational therapist.” (Cano Prieto et al., 2022)

Divers auteurs font également état d'une sous-évaluation du rôle des accompagnateurs formels en contact avec les pairs, tant sur le plan du contenu que sur le plan financier. En plus de la recherche d'une place claire et d'une interprétation au sein d'une équipe pluridisciplinaire existante (Cano Prieto et al., 2022 ; Bassuk et al., 2016), on parle de déséquilibres de pouvoir (Orock & Nicette, 2022 ; Miler et al., 2020) qui surgissent sur le terrain, ce qui rend plus difficile l'adhésion à part entière. Cette inégalité de statut se traduit également par une inégalité financière. Par exemple, des études indiquent que les pairs aidants formels ne sont généralement pas rémunérés, ou moins que les professionnels de santé traditionnels (Miler et al., 2020 ; King & Simmons, 2018 ; Pitt et al., 2013).

Des contacts formels avec les pairs peuvent être organisés à la fois intra et extra muros (Bassuk et al., 2016 ; Chien et al., 2019). Par exemple, les *Centers for Medicare and Medicaid Services* aux États-Unis ont défini le contact formel avec les pairs comme une profession reconnue en 2007 (Corrigan et al., 2022). Il existe également des expériences en milieu académique qui mettent l'accent sur des pratiques novatrices en dehors des milieux de soins formels (Bassuk et al., 2016). Cependant, il n'y a pratiquement pas de recherche sur la pratique complète du contact formel avec les pairs en dehors des systèmes de soins formels. Dans la plupart des études, le contact formel avec des pairs est donc élaboré avec ou même par un professionnel de santé traditionnel.

“ Peer support groups could be professionally led, however, in order to distinguish these from group psychotherapy (i.e., cognitive behavioral therapy), group interventions needed to either be described as peer support (or mutual support or self-help) or to be organized so that participants determined the majority of the topics and content of discussion.” (Opie et al., 2023)

Néanmoins, une méta-analyse a rapporté des résultats positifs pour les troubles mentaux sévères (*Severe mental illness – SMI*) (à l'exception de la dépression), où les résultats psychosociaux d'une intervention se sont avérés similaires, que l'intervention ait été menée par des pairs ou par des professionnels cliniques. C'est là que réside clairement le potentiel du contact avec les pairs :

“Our results indicate that there is equivalence in clinical and psycho-social outcomes regardless of whether the intervention is delivered by a peer or professional. For depression, no effect of peer-delivered interventions on improvements in clinical and psychosocial outcomes was found. For both depression and SMI, there is no evidence that peers negatively affect clinical or psychosocial outcomes of patients.” (Fuhr et al., 2014)

Une autre étude présentée dans le cadre de cette revue de la littérature, mais qui n'est pas une méta-analyse, s'est penchée sur le potentiel des contacts formels avec les pairs dans le domaine des soins de santé d'un point de vue financier. Sur les 23 études analysées, seulement 2 ont examiné les coûts et les dépenses. Cependant, ces 2 études sont arrivées à des résultats opposés, de sorte qu'aucune affirmation n'a pu être faite.

Toutefois, plusieurs études sont parties de l'hypothèse que le contact avec les pairs a un potentiel évident de réduction des coûts, car il améliore la santé mentale (et dans certains cas la santé générale) et renforce également la résilience et l'autonomie des personnes.

Finalement, Mutschler et al. (2022) concluent que

“Articles cited the current state of research on peer support and noted that there is now sufficient evidence that it is a successful intervention that will outweigh the costs associated with implementation”

2.1.6. Conclusions sur base de la littérature

Sur la base de la revue systématique, il apparaît que le contact avec les pairs peut avoir des effets positifs directs et indirects sur divers résultats en matière de santé. Cela vaut tant pour les soins de santé mentale en général que pour des groupes cibles spécifiques en particulier. Aucune des études de cette revue ne mentionne d'impact négatif du contact avec les pairs. Au contraire, cette analyse montre que l'impact du contact avec les pairs est positif ou neutre en fonction des paramètres utilisés dans les études. Une revue a montré que les résultats psychosociaux d'une intervention semblaient similaires, que l'intervention soit menée par des pairs ou par des professionnels cliniques.

Sur la base de la littérature, il apparaît que, dans le cadre d'un contact formel entre pairs ayant un caractère plus unidirectionnel, à savoir le cadre qui fait également l'objet du présent avis, un cadre professionnel est approprié. Ceci à la fois pour contrôler la qualité pour les participants et protéger le pair aidant lui-même. Un tel cadre est lié au rétablissement du pair aidant et comprend également des éléments d'éducation/de formation à certaines compétences.

Les pairs aidants peuvent jouer ce rôle auprès des pairs, que ce soit au sein d'une organisation ou d'un cadre de soins de santé existant ou non. Toutefois, une analyse ne peut prendre en compte que les études qui ont été menées. L'impact et l'efficacité des contacts avec les pairs sont généralement étudiés dans un cadre clinique, en particulier en association avec un professionnel de la santé ou sous sa supervision. Cependant, l'étude montre qu'il existe d'autres contextes et que la valeur ajoutée du contact entre pairs devrait y être étudiée de manière plus approfondie. D'autant plus que l'étude montre que l'effet psychosocial d'une intervention peut potentiellement être équivalent, qu'elle soit dispensée par un pair aidant ou par un professionnel clinique.

Les pairs aidants peuvent jouer différents rôles sur le terrain. En plus de guider et de soutenir d'autres pairs, les pairs aidants sont idéalement placés pour assumer une fonction de signalement auprès des autorités et de la société. Ils savent mieux que quiconque ce qui se passe, grâce aux expériences qu'ils partagent avec leurs pairs. Lorsqu'ils sont inclus dans une organisation professionnelle de soins de santé mentale, ils peuvent apporter une contribution vitale en tant que collègues à part entière pour (encore) mieux adapter l'offre aux personnes souffrant de vulnérabilité mentale.

Tout cela suppose une reconnaissance totale et formelle du mandat et de la valeur ajoutée des pairs aidants dans le paysage des soins, sans nécessairement vouloir les assimiler à l'offre de soins existante ou aux institutions de soins. Le contact avec les pairs peut être organisé en dehors du cadre clinique existant et mérite un statut égal. Afin d'inclure la diversité

des rôles de manière qualitative, il faut avant tout une reconnaissance, c'est-à-dire les ressources financières nécessaires pour garantir un fonctionnement qualitatif.

L'analyse de la littérature, une analyse systématique, présente un certain nombre d'avantages et de limites. D'une part, les méta-analyses et les revues systématiques fournissent une analyse approfondie et structurée de la littérature existante, nous donnant une vue d'ensemble des connaissances scientifiques consolidées. Cela contribue à la compréhension de l'état actuel de la société et des soins de santé mentale. Toutefois, l'un des principaux inconvénients de ces analyses est qu'elles se fondent sur des informations du passé, négligeant potentiellement les évolutions récentes et les bonnes pratiques actuelles. Le paysage dynamique de la société et des soins de santé mentale évolue rapidement et il existe un risque de passer à côté d'évolutions pertinentes qui ont lieu actuellement mais qui n'ont pas encore été rapportées. De plus, même une revue scientifique nécessite un temps considérable avant d'être publiée, ce qui retarde d'autant la communication des connaissances actuelles. En outre, nous devons reconnaître que certaines idées précieuses ne sont jamais publiées.

2.2. Analyse Delphi

2.2.1. Méthode de recherche

Afin de récolter la vision du terrain, une recherche a été mise en place auprès des pairs aidants, des professionnels de la santé mentale et des patients et de leur famille, selon la méthode Delphi. L'objectif de cette méthode est de recueillir et de traiter systématiquement les opinions des personnes impliquées et/ou des experts sur un certain sujet. Il s'agit en fait d'un protocole de communication interactif entre le chercheur et les participants. Avec une étude Delphi, un avis commun est créé sans que l'interaction n'influence le processus et les résultats. C'est une forme très structurée d'entretien de groupe dans la recherche qualitative (Linstone & Turoff, 1975 ; Hasson et al., 2000).

Dans une première phase, une question est posée de manière individuelle avec une demande de réponse écrite. Le chercheur résume les réponses en rédigeant un certain nombre de déclarations, qui sont soumises aux participants pour accord (évaluation quantitative). Les déclarations qui n'obtiennent pas un accord suffisant sont reformulées, jusqu'à ce qu'un certain consensus soit atteint ou qu'une réponse claire soit trouvée à la question de recherche.

La recherche s'est ainsi déroulée en plusieurs étapes :

1. Invitation et sélection des participants
2. Ouverture du Delphi avec définition du problème
3. Les participants formulent une première réponse
4. Un groupe de travail rassemble les réponses et résume
5. Le résumé est diffusé
6. Les participants réagissent
7. Le groupe de travail reformule sur base des réactions des participants
8. Envoi du rapport de synthèse aux participants pour feedback.
9. Rapport final

2.2.2. Première étape : Récolte d'informations qualitatives

(a) Invitation

Une première invitation a ainsi été envoyée à tous les contacts du CSS dans le domaine de la santé mentale (environ 4000 personnes), leur demandant de participer à cette étude, s'ils étaient :

- un professionnel de la santé (mentale), et qu'ils travaillent en collaboration avec des pairs aidants ou avez des patients qui sont aidés par des pairs, pour des problèmes de santé mentale; ou
- utilisateur des soins de santé mentale (ou un proche), ou
- (ancien) utilisateur des soins de santé mentale, et actif comme expert par le vécu / pair aidant.

Il était précisé dans l'invitation que le CSS cherchait de l'expertise en ce qui concerne les contacts avec les pairs qui répondent aux critères suivants :

- Il s'agit d'un soutien dans le domaine de la santé mentale,
- par des personnes qui elles-mêmes sont ou ont été atteintes par la maladie mentale,
- par des personnes qui ont été reconnues comme expertes (qu'elles soient rémunérées ou non),
- ce soutien émanait proposé de manière intentionnelle,
- ce soutien s'organise en-dehors du cadre institutionnel, clinique.

Le mailing demandait également de diffuser l'enquête à ses contacts dont la contribution à cette enquête pourrait être pertinente. Elle a également été envoyée aux associations actives dans le domaine de la santé mentale (Crésam, LBSM, Psyche vzw, Zorgnet Icuuro), aux associations professionnelles de psychologues, psychiatres et médecins (VVKP, UPPCF, VVP, Domus Medica, SSMG) et aux associations de patients, de familles et de pairs aidants (Vlaams Patiëntenplatform, Psytoyen, UilenSpiegel, LUSS, Ups & down, Similes, Enrouteweb) avec la demande de la diffuser auprès de leurs membres. Les membres du groupe de travail l'ont également diffusée vers leurs contacts.

Les participants avaient un mois pour réagir (du 12/06/23 au 17/07/2023).

Les questions posées étaient les suivantes :

1) Pour les professionnels :

A quel moment ou pour quelles raisons orientez-vous un patient vers la pair aide ?

- Quelle est selon vous la valeur ajoutée du soutien par les pairs dans le processus de rétablissement des personnes vulnérables psychologiquement ?
- Quelle est la valeur ajoutée du soutien par les pairs dans le système de soins de santé mentale ?
- Quels sont selon vous les besoins pour organiser de manière professionnelle le soutien par les pairs ?
- Quels sont les besoins en termes logistique pour organiser le soutien par les pairs ?
- Quels sont selon vous les besoins en formation des peer expert ?
- Faut-il selon vous un cadre légal et/ou déontologique pour le soutien par les pairs ?
- Que faut-il prévoir dans ce cadre, et quelles en seraient les implications pratiques ?
- Avez-vous des exemples de bonnes (ou mauvaises) pratiques pour l'organisation du soutien par les pairs en-dehors du cadre institutionnel ? Qu'avez-vous appris de ces pratiques ?
- Quelles sont les limites du soutien par les pairs ?
- Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

2) Pour les pairs aidants :

Le même questionnaire que pour les professionnels a été distribué, avec des questions spécifiques supplémentaires:

- Sur quelle base identifiez-vous comme un « peer expert » ? Qu'est-ce qui vous définit comme « peer expert » ?
- En tant que pair aidant, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- En tant que pair aidant, quelles sont les ressources qui vous aident dans votre pratique ?
- Qu'est-ce qu'être pair aidant vous apporte ? Qu'est-ce qui vous motive à être pair aidant ?

3) Patients et familles

- Quand et/ou pour quelles raisons avez-vous eu besoin ou pensez-vous avoir besoin du soutien par des pairs ?
- Quelle est selon vous la valeur ajoutée du soutien par les pairs dans le processus de rétablissement des personnes vulnérables psychologiquement ?
- Quelles sont les limites du soutien par les pairs ?
- Avez-vous des exemples de bonnes (ou mauvaises) pratiques pour l'organisation du soutien par les pairs en-dehors du cadre institutionnel ? Qu'avez-vous appris de ces pratiques ?
- En tant que patients, quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'organisation du soutien par les pairs ?
- Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

(b) Réponses

441 réponses ont été récoltées lors de cette première étape :

	Francophones	Néerlandophones	TOTAL
Professionnels	54	106	160
Pairs aidants	43	153	196
Patients	17	68	85
TOTAL	114	327	441

Parmi les pairs aidants, une analyse a d'abord été faite sur la première question (Sur quelle base vous identifiez-vous comme un « *peer expert* » ? Qu'est-ce qui vous définit comme « *peer expert* ») afin d'identifier s'ils correspondaient bien à la définition élaborée pour cet avis (voir point 2.2.2).

Sur cette base, 11 francophones et 54 néerlandophones ont été exclus de l'analyse

Les données ont été analysées séparément par 3 chercheurs (1 francophone et 2 néerlandophones), qui ont procédé à une analyse thématique selon le processus suivant :

1. Exploration des données
2. Identification de thèmes généraux
3. Identification de catégories et sous-catégories
4. Identification de citations illustrant les codes
5. Triangulation/consultation avec les autres chercheurs
6. Décision sur le cadre final

Il ressort de cette première analyse que :

- les 3 chercheurs sont arrivés à une analyse semblable ;
- il n'y a pas de différence significative dans les données des patients, des pairs aidants et des professionnels ;
- il n'y a pas de différence significative dans les contenus francophones et néerlandophones. Seules les données néerlandophones révèlent une tension autour du "statut", en particulier avec les pairs experts (interprétation fixe/bien définie versus interprétation flexible), qui est généralement liée à la propre interprétation de ce qu'est le contact avec les pairs plutôt qu'à la définition préconçue utilisée (cf. 2.2.2)³.

Les thèmes rassemblés ont été synthétisés en 52 déclarations (voir en annexe 3). Celles-ci ont été revues par le groupe de travail, dont les membres se sont assurés que la méthodologie avait bien été suivie et que les déclarations correspondaient aux résultats de l'analyse et étaient formulées de manière univoque.

2.2.3. Deuxième étape : feedback quantitatif sur les déclarations

Ces 52 déclarations ont été soumises aux 277 participants de la première étape qui avaient laissé leur adresse email afin de pouvoir être contactés pour la suite de l'étude. Ils avaient 2 semaines pour réagir (4/9/23 – 18/9/23).

Il leur était demandé d'indiquer pour chaque déclaration dans quelle mesure ils étaient d'accord, avec une échelle de Likert à 7 points (de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord »), et, le cas échéant, d'expliquer pourquoi ils n'étaient pas d'accord.

169 réponses ont été obtenues à cette deuxième étape (taux de réponse = 61%)

	FR	NL	TOTAL
Professionnels	19	34	53
Pairs aidants	25	69	94
Patients	7	15	22
TOTAL	51	118	169

(a) Analyse

Les normes suivantes avaient été fixées pour que les propositions soient considérées comme acceptées :

- plus de 70% des experts avaient répondu au moins 5,
- que la médiane était supérieure ou égale à 5,
- et que l'intervalle interquartile était inférieur ou égal à 1.

Les propositions étaient rejetées si :

- plus de 70% des participants donnaient un score de 1 ou 2,
- avec une médiane inférieure ou égal à 2,
- et un intervalle IQ inférieur ou égal à 1.

³ Bien que la définition et sa raison d'être aient été clairement communiquées avant l'enquête Delphi, les justifications supplémentaires ont montré que les répondants se référaient à leur propre cadre concernant les contacts avec les pairs, qui incluait parfois une référence ou un recours à des contacts informels et égaux avec les pairs et à la diversité des rôles qui peuvent être assumés par les pairs.

Les autres déclarations étaient reformulées sur base des commentaires explicatifs formulés par les répondants.

Sur cette base, 28 déclarations ont été acceptées, aucune déclaration n'a été rejetée et 24 déclarations ont été reformulées (6 déclarations car la médiane était inférieure à 5 et/ou moins de 70% avaient répondu 6 ou 7 ; et 18 parce que l'écart interquartile était plus grand que 1) (voir en annexe 3 les résultats détaillés).

Aucune différence importante n'a été constatée entre les réponses francophones et néerlandophones, ni entre patients / professionnels / pair aidant.

Pour les déclarations à reformuler, les remarques principales étaient les suivantes :

Déclaration	Synthèse des commentaires
La pair aidance peut répondre à différents besoins des patients : interrogations et besoin d'informations	oui mais il faut aussi informations correctes et scientifiques via les professionnels
Accompagnement du quotidien	oui mais ce n'est pas spécifique au pair aidant, et le patient n'a pas forcément besoin d'aide à ce sujet
Le soutien par les pairs peut avoir un impact positif sur la prise en charge via : a) L'utilisation comme aide de transition en cas de longues listes d'attente	Non, le pair aidant n'est pas censé remplacer des professionnels (ça doit être un complément) ; il faut un suivi professionnel ; cela met de la pression sur les pairs aidants, ils ne doivent pas se sentir obligés de s'occuper de quelqu'un car il n'a aucun autre suivi ou de faire des choses pour lesquelles ils ne sont pas formés les autorités doivent s'occuper du problème des listes d'attente, pas les pairs aidants ! (pas utiliser les pairs aidants pour résoudre des problèmes structurels) n'aide pas le patient de se retrouver dans des groupes de patients qui sont sur liste d'attente, qui n'ont pas d'aide Le gouvernement devrait veiller à ce que les listes d'attente soient plus courtes et à ce que les soins conventionnels soient dispensés.
b) Une aide pour surmonter une éventuelle rupture du lien de confiance entre le patient et le prestataire de soin conventionnel ;	Non car risque de mettre à mal le lien de confiance avec le pair-aidant également Ce sont les professionnels qui doivent garantir un lien de confiance
c) Une aide à surmonter un manque de confiance dans le parcours de soins conventionnel (par exemple, ne pas vouloir commencer une thérapie conventionnelle)	Attention aux groupes de parole où on échange surtout des problèmes et plaintes concernant les soins conventionnels (impact négatif sur les autres) Ne marche pas quand le pair est intégré dans une équipe multidisciplinaire Ce sont les soins conventionnels qui doivent sensibiliser à leur utilité / lutter contre la stigmatisation
d) Une aide à réduire la réticence des patients à l'égard des soins conventionnels	Ce n'est pas au pair aidant à faire de la pub pour les soins conventionnels Ce n'est pas au pair aidant à s'immiscer dans le parcours de soins ou dans le lien entre le patient et le prestataire de soins.
e) Une aide en cas de progrès (trop) faibles dans le parcours de soins conventionnel afin de donner une impulsion positive au parcours	Trop grandes attentes à l'égard du pair aidant (à ce moment là il sera peut être difficile aussi pour lui de faire évoluer la personne + culpabilisant de voir que quelqu'un arrive à s'en sortir alors qu'on stagne) C'est aux soins conventionnels à s'adapter au rythme du patient Oui si vision des soins partagée – coordination

La pair aidance offre une forme de soutien complémentaire qui a) offre un nouveau regard sur le patient, une vision nuancée et un éclairage pertinent sur son ressenti ;	rien ne garantit que le pair aidant ait un regard plus nuancé ou un éclairage plus pertinent peut être mais pair aidant pas forcément autorisé à partager ses informations avec l'équipe de professionnels
b) facilite le lien entre le patient et les professionnels de santé mentale, entre le bénéficiaire et l'équipe de soins ;	
c) renforce l'engagement dans le parcours de soins, renforce le respect de la trajectoire (compliance) ;	oui mais ça peut aussi susciter plus de questions critiques sur le parcours de soins
d) offre une meilleure disponibilité que les professionnels de la santé	pas meilleure, mais différente pas d'obligation pour les pairs d'être toujours disponibles (ne sont pas garant de l'accessibilité de prestataires de soins) Plutôt plus accessible au niveau ressenti (bas seuil) Possibilité en plus ; mais pas plus disponible Il y a aussi des listes d'attentes pour certains groupes
e) Réduit le fonctionnement top-down et favorise l'équivalence et l'accessibilité	
La pair aidance a une <u>plus value pour le patient</u> , car elle a) facilite la psychoéducation;	Seulement si la formation des pairs aidants est suffisante
b) l'aide à rompre l'isolement ou la solitude et à élargir le réseau social;	
c) offre un soutien dans la trajectoire de soins, notamment quand ça ne va pas, dans les moments difficiles ;	Attention, les pairs aidants sont aussi vulnérables.
La pair aidance a également une plus value au niveau <u>du pair aidant</u> lui-même Apport /sécurité/opportunités financières grâce à un statut adapté (temps partiel flexible, etc.)	Le fait d'être bénévole a aussi une plus value Très rarement travail rémunéré ; et avec temps partiel / faible rétribution : remplace rarement un emploi / permet pas d'en vivre Souvent situation très précaire des PA au contraire ! (Travail souvent bénévole qui demande des frais – il faudrait au minimum être remboursé de ces frais. + rémunération)
Le pair aidant doit bénéficier de soutien logistique : disposer de bureaux, locaux de réunions aménagés de manière conviviale, dans un endroit sûr et accessible, mobilier, matériel pour activité, outils informatiques...	Doit avoir le même soutien logistique que d'autres employés Dépend de la fonction (pas toujours besoin d'un bureau : parfois mieux de s ortir, se promener, faire des rencontres au parc...)

Le pair aidant doit bénéficier de soutien financier : salaire selon un barème défini.	Il faut surtout un remboursement de ses frais Beaucoup veulent juste aider de manière bénévole Salaire oui ; mais pas de barème fixe : travail de PA peut être très différent (en terme de charge de travail et responsabilité) Différence entre ceux qui fonctionnent comme bénévoles et ceux qui sont formés et font partie d'une équipe Ne doit pas remplacer les professionnels qualifiés Remplacer le mot « doit » Minimum remboursement des frais (transport)
Ce réseau doit soutenir le pair aidant en termes de communication : auprès des patients : diffusion des activités et des coordonnées de contact des pairs aidants	On ne peut pas diffuser les coordonnées des pairs aidants sans l'accord de celui-ci ; il faut protéger la vie privée du pair aidant.
Cette description de fonction doit définir les besoins en formation (reconnaissance sur base d'une formation)	La formation n'est pas le seul critère pour décider si un pair aidant a les compétences nécessaires : l'expérience et les qualités personnelles sont aussi importantes L'important est surtout le vécu. Différentes formations sont possibles, il ne faut pas se limiter à une formation spécifique.
La formation devrait comporter notamment les éléments suivants : des éléments théoriques concernant les troubles de santé mentale (notamment le vocabulaire permettant de dialoguer avec les professionnels), le rétablissement, les pratiques evidence based, pratiques innovantes, l'offre de soins, les outils disponibles ...	Il est important d'avoir une base commune ; mais les pairs doivent garder un langage compréhensible (ne pas être tenté d'utiliser un jargon technique), il faut se comprendre mais ne pas forcément avoir le même langage. Ce n'est pas au pair aidant à expliquer les aspects théoriques. Il faut surtout des ateliers thématiques pour les pairs.
Ces formations peuvent être organisées par les associations de patients indépendamment.	Il faut une collaboration au minimum avec les centres universitaires (soutien et contrôle de qualité). Il faut aussi une collaboration avec les milieux professionnels. Distinction entre pairs rémunérés ou bénévoles : la formation doit être dispensée par des instituts de formation reconnus dans le premier cas, mais pas forcément pour les autres. Il faut des formations données par des professionnels.
Pour conserver le statut, le pair aidant devrait également bénéficier d'intervisions, de supervision et de formation continue. .	Ok pour l'intervision, mais pas le reste. Important que ce soit proposé, mais pas forcément obligatoire.
Un cadre légal n'est pas nécessaire pour l'organisation de groupes d'entraide (une charte ou une vision déontologique informelle suffit)	Un cadre est important pour protéger les patients.

2.2.4. Troisième étape

Sur base de ces remarques, les déclarations ont été reformulées (voir en annexe 4) et soumises aux participants (les 277 participants de la première étape qui avaient laissé leur adresse email). Ils avaient deux semaines pour réagir (3/10/23 -17/10/23)

115 réponses ont été obtenues (taux de réponse = 41%)

	NL	FR	TOTAL
Professionnels	28	8	36
Pairs aidants	41	21	62
Patients	11	6	17
TOTAL	81	35	115

Les critères pour accepter les déclarations étaient les mêmes qu'au premier tour.

Sur cette base, 10 déclarations ont été acceptées à la 3^{ème} étape, aucune déclaration n'a été rejetée, et 15 déclarations devaient être reformulées.

Pour certaines de ces déclarations à reformuler, les résultats indiquaient des différences dans l'acceptation entre FR/ NL et/ou entre publics cibles (voir tableau en annexe 4).

Pour certaines le problème se situait au niveau de l'écart interquartile, ce qui veut dire qu'en moyenne elles sont acceptées, mais qu'il y a une grande diversité dans les réponses.

Pour les autres il y a clairement un rejet des propositions, ou en tout cas de la part de certains groupes cibles (principalement en ce qui concerne la plus-value de la pair aideance dans le système de soins de santé et le besoin de cadre et de critères contraignants pour bénéficier d'un statut). Pour certaines d'entre elles (déclarations 2 à 7), l'accord était par ailleurs meilleur lors de l'étape précédente, la reformulation étant moins bien acceptée.

Étant donné que les remarques sur ces déclarations manifestaient des visions très difficiles à concilier en une seule déclaration, les chercheurs ont décidé de ne pas les reformuler pour un quatrième tour. Elles ont donc fait l'objet d'une analyse afin d'identifier les différents points de vue sur ces concepts plus complexes

Il est d'abord ressorti de l'analyse de ces commentaires qu'il était important de bien définir ce dont on parle à tout moment, et ce qu'est la pair aideance ainsi que la gradation de rôles possibles dans les contacts avec les pairs.

Comme indiqué dans l'introduction, il y a en effet une variété de rôles dans le domaine, qui supposent chacun des différences en termes de formation, de statut etc. Les commentaires mettent bien en évidence qu'il faut prendre en compte cette gradation (même si ce n'est pas toujours évident de faire une démarcation claire) : si un cadre doit être défini pour certains rôles, il faut aussi laisser plus de liberté pour d'autres. Tous les types de contacts (individuels ou de groupe) subsistent naturellement et ne doivent pas tous être définis dans des cadres stricts.

Le manque d'accord sur certaines déclarations pourrait en réalité venir d'une confusion entre ces différents rôles, et d'une interprétation différente par les répondants du type de contacts avec les pairs auquel cette étude s'intéressait

Bien que notre interprétation du soutien par les pairs ait été délibérément définie au début de l'enquête, elle peut en effet avoir donné lieu à des interprétations différentes au sein du groupe diversifié de pairs interrogés (ainsi que de professionnels et de patients). En outre, l'utilisation de différents termes tout au long des déclarations (« pair-aidants », « expert par le vécu » et « peer expert ») peut avoir stimulé des interprétations et des réponses différentes. Cela souligne à nouveau la difficulté d'une formulation/terminologie correcte reflétant la diversité du soutien par les pairs. En même temps, cela permet aussi d'avoir un aperçu des différentes gradations qui existent au sein du soutien par les pairs, allant des contacts intentionnels avec des pairs qui ont été reconnus experts et du soutien continu et informel avec des pairs.

Les affirmations sur lesquelles aucun accord n'a été trouvé ont donc été examinées et interprétées en tenant compte de cette diversité. L'analyse des commentaires a également

permis de mieux comprendre ce qui n'a pas permis d'aboutir à un accord dans chacune des formulations proposées :

- 1) La pair aidance peut répondre à **différents besoins des patients** :
 - interrogations et besoin d'informations (en complément de celles fournies par les professionnels);
 - En cas de besoin, aide pratique au quotidien

Les participants insistent sur l'importance de bien délimiter le rôle du pair aidant : ils ne doivent pas se substituer aux professionnels de la santé, et se limiter à donner des informations relatives à leur propre expérience ; ne pas prendre le risque de donner de fausses informations.

Ils ne doivent pas non plus se substituer à d'autres professionnels comme les aidants familiaux. Être surchargés de tâches pratiques pourrait aussi nuire à leur propre bien-être.

- 2) Actuellement, les pair aidant soutiennent les patients en cas **de longue liste d'attente** (même si ça ne devrait pas être leur rôle)

Les commentaires indiquent clairement qu'il y a deux visions partagées du rôle des pairs aidants en cas de listes d'attente pour accéder aux soins conventionnels : il y a d'un côté l'idée que cela peut être une option utile pour fournir un soutien temporaire, car les longues listes ont des conséquences néfastes sur la santé des patients et les pairs-aidants peuvent jouer un rôle de soutien émotionnel important pendant ces périodes d'attente. Mais d'un autre côté il ressort que ce n'est pas leur rôle principal et que ce sont les autorités qui ont la responsabilité de faire en sorte qu'il n'y ait pas de listes d'attente pour les soins de santé mentale, et que l'utilisation des pairs-aidants pour combler les lacunes dans le système ne soit pas souhaitable.

- 3) **Plus-value dans le système de soins** et pour la prise en charge des patients :

La pair aidance offre une forme de soutien complémentaire qui :

- Peut faciliter, dans certains cas, le lien entre le patient et les professionnels de santé mentale, entre le bénéficiaire et l'équipe de soins
- Soutient l'engagement dans le parcours de soins, le respect de la trajectoire (compliance)
- est une offre de soutien plus accessible

Ce n'est pas le rôle du pair aidant de faciliter le lien de confiance avec le prestataire de soins conventionnel

Ce n'est pas le rôle du pair aidant de créer une confiance dans le parcours de soins conventionnel

Ce n'est pas le rôle du pair aidant de réduire les réticences à entrer dans un parcours de soins conventionnel

Ce n'est pas au pair aidant de débloquer une situation difficile dans un parcours de soins conventionnel (peu de progrès)

Lors de la deuxième étape de l'étude, plusieurs déclarations n'avaient pas été acceptées car, même si elles obtenaient de bons scores, l'écart entre les réponses était trop important. Beaucoup de remarques explicatives étaient d'ailleurs formulées, principalement sur le fait que ce n'est pas le rôle et la responsabilité du pair aidant de combler les lacunes du système de soins ou de jouer le rôle de médiateur ou de facilitateur avec un prestataire de soins conventionnel, bien qu'il puisse avoir un impact indirect à cet égard.

Lors de la troisième étape, il avait alors été choisi de reformuler ces déclarations de manière négative (« *ce n'est pas le rôle du pair aidant de ...* »). Ces déclarations ont cependant eu des scores encore moins bons.

Etant donné les remarques exprimées lors de cette troisième étape, il a été décidé de ne pas reformuler ces déclarations mais plutôt de bien prendre en compte toute la diversité des points de vue.

Les participants à l'étude insistent d'abord sur l'aspect complémentaire de la pair aidance par rapport aux prestataires de soins conventionnels : il s'agit d'une offre de soutien bien distincte et complémentaire, qui n'est pas censée être une alternative aux soins conventionnels.

Ils sont aussi en général d'accord avec le fait que tout ce qui peut améliorer la relation entre le patient et le prestataire de soins est important, et que les pairs-aidants peuvent jouer un rôle dans cette amélioration, bien que ce ne soit pas leur rôle principal, et que chaque prestataire de soins de santé est responsable de la promotion de la confiance avec le client. Il incombe donc aux prestataires de soins, y compris aux pairs experts, de se compléter et de se renforcer mutuellement dans le cadre du parcours de soins du client.

La valeur ajoutée spécifique du pair aidant à cet égard consiste à renforcer la relation entre le patient et le professionnel de la santé en partageant sa propre expérience : apporter un point de vue différent, éclairer les patients sur les avantages des soins conventionnels, aider à avoir des attentes réalistes, réduire la méfiance en aidant à mieux comprendre les soins conventionnels, partager des exemples positifs de leur expérience, être source d'espoir en partageant son expérience de réussite, faciliter la communication etc. Dans les situations de résistance ou de conflit entre patients et professionnels de la santé, ils peuvent aussi aider à comprendre d'où vient la résistance et contribuer à la diminuer.

Mais, concernant ce rôle, les participants à l'enquête voient aussi plusieurs aspects qu'il est important de prendre en compte :

- le risque existe que des pairs aidants fassent la promotion de soins non conventionnels ou dénigrent les soins conventionnels : il faut donc s'assurer d'un cadre (notamment de formation) suffisant pour garantir un soutien adéquat à ce sujet ;
- les pairs-aidants doivent aussi être attentifs à respecter la volonté du patient et ne pas être utilisés pour exercer une pression sur les patients et les forcer à suivre un plan de soins. Ils doivent rester neutres dans leur rôle de médiateur entre le patient et le professionnel de la santé, sans préjugés ni parti pris ;
- la médiation ne doit pas devenir la tâche principale des pairs-aidants. En cas de situation complexe (arrêt d'un traitement par exemple) la médiation devrait être effectuée par une équipe complète plutôt que seulement le pair aidant. En effet, d'autres canaux de médiation existent et peuvent aussi être utilisés (ombudsmans, demandes de second avis...).

- 4) La pair aidance a également une **plus value au niveau du pair aidant** lui-même, car elle crée des apports financiers (en cas de rémunération)

Les participants à l'étude sont d'accord avec le fait que la rémunération constitue une plus-value pour le pair aidant ; qu'elle permet aussi de les motiver davantage et contribue à leur sentiment de reconnaissance et d'intégration dans la société.

Cependant, des participants indiquent également que la rémunération pourrait aussi exercer une pression supplémentaire sur les pairs aidants. Ils précisent aussi que la rémunération ne devrait pas devenir la motivation principale pour devenir pair aidant.

Enfin, ici aussi ils insistent sur l'importance de ne pas rémunérer tous les types de pair aidance. Il faudrait donc définir la rémunération en fonction d'un statut spécifique (ce qui est conforme à la déclaration acceptée selon laquelle le statut permettrait de donner une juste rémunération au pair aidant, sur base de barèmes).

5) Formation :

La description de fonction doit définir les compétences acquises (reconnaissance via des aptitudes et des connaissances)

Les formations proposées (par exemple, des ateliers thématiques) doivent se concentrer sur les aspects théoriques, axés sur la pratique et dans un langage compréhensible, liés aux troubles mentaux, au rétablissement, aux pratiques *evidence based*, aux pratiques innovantes, à l'offre de soins, aux outils disponibles....

Les participants à l'étude sont d'accord avec le fait qu'il faut définir des conditions de formation pour les pairs aidants dans le contexte indiqué dans cette étude (cf. 2.2.2). Comme pour tous les professionnels de la santé, il est en effet important d'avoir un processus continu de formation pour assurer un soutien de qualité. Les compétences nécessaires peuvent être acquises par la pratique sur le terrain, plutôt que par une formation formelle.

Mais ils soulignent également que pour les pairs aidants, l'expérience personnelle est le plus important. C'est en effet l'authenticité de l'expérience personnelle qui permet d'établir des liens avec le patient. L'expérience personnelle est et reste la base pour pouvoir jouer un rôle de pair aidant.

Des participants suggèrent donc d'avoir une approche équilibrée, dans laquelle l'expérience personnelle est autant valorisée que la formation structurée.

Concernant les apports théoriques, les participants insistent sur l'importance de veiller à ce que le pair aidant ne devienne pas thérapeute : la plus-value des pairs aidants vient de leur expertise, et c'est celle-ci qui devrait être valorisée, plutôt que de chercher à les former dans les domaines théoriques, qui sont de la compétence d'autres professionnels de la santé. La formation des pairs aidants devrait donc surtout être pratique. Certains peuvent néanmoins être formés aux aspects théoriques, en fonction de leur profil et formation de base.

D'autre part, afin de favoriser la communication et la compréhension mutuelle avec les professionnels de la santé, il faudrait aussi former ceux-ci et faire en sorte que les formations de chacun soient coordonnées.

6) Un cadre juridique est nécessaire pour la reconnaissance et la protection des groupes d'entraide et de leurs participants

La question du cadre juridique est également complexe : les participants à l'étude sont en effet partagés entre l'importance d'offrir un cadre d'une part, et le risque d'exigences potentiellement trop élevées pour devenir pair aidant d'autre part. Ceci est à nouveau lié à la stratification qui existe en ce qui concerne le concept de contact avec les pairs et les différents rôles qui peuvent être assumés. Les participants craignent notamment qu'un cadre favorise l'exclusion de personnes avec une expérience précieuse, si elles n'entrent pas dans les conditions fixées par ce cadre.

Ils insistent donc sur l'importance de maintenir un équilibre entre la nécessité d'une réglementation (notamment pour protéger les patients et le pair aidant) et la préservation de l'aspect informel et accessible du soutien par les pairs. Pour cela, il est nécessaire de distinguer plusieurs types de contacts avec les pairs, et notamment les groupes d'entraide qui fonctionnent de manière indépendante et les pairs qui occupent quant à eux un rôle explicite dans le système de soins.

2.2.5. Résultats finaux et conclusions

La méthode utilisée a permis, en 3 tours, d'obtenir un consensus sur 38 déclarations, qui décrivent la valeur ajoutée des contacts avec les pairs et les besoins pour les encadrer de manière professionnelle de la manière suivante :

	M e	%>5	Etap e d'app robati on
1. VALEUR AJOUTEE DES CONTACTS AVEC LES PAIRS			
La pair aide peut être utile à diverses étapes du processus de rétablissement (au début, en continu, à la fin, à la reprise du travail...), en complémentarité avec la prise en charge clinique.	7	93,45	2
La pair aide peut répondre à différents besoins des patients :	7	94,64	2
• besoin d'espoir, de perspectives ;	7	95,24	2
• besoin de soutien ou de contacts supplémentaires ;	7	87,50	2
• en cas de difficultés à faire face au diagnostic, à l'anxiété et à l'(auto)stigmatisation	7	87,50	2
La pair aide offre une forme de soutien complémentaire qui	7	94,83	3
• Peut aborder le patient avec un autre regard par rapport aux prestataires de soins conventionnels	7	94,83	3
• a une légitimité et une crédibilité particulière grâce à une bonne compréhension de la maladie et des difficultés rencontrées ;	7	91,67	2
• offre une vision du parcours de soins qui n'est pas purement médicale ;	7	94,64	2
• Peut être perçu comme plus horizontal	7	91,38	3
La pair aide a une <u>plus value pour le patient</u> , car elle	7	94,05	2
• permet son empowerment grâce à l'échange d'outils, de bonnes pratiques, de connaissances sur la maladie, de conseils pour le rétablissement avec un langage adapté ;	7	94,05	2
• Facilite la psychoéducation, quand le pair aidant est formé à ce sujet	6	90,52	3
• lui apporte de l'espoir et des perspectives, car elle permet de s'identifier à un patient qui s'est rétabli : exemple de réussite, preuve que c'est possible, qui donne de la confiance, de l'espoir ;	7	93,45	2
• Peut aider à rompre l'isolement ou la solitude ;	7	93,10	3
• Peut offrir un soutien dans la trajectoire de soins, notamment quand ça ne va pas, dans les moments difficiles (en tenant compte de ses propres fragilités)	7	92,24	3
• permet de libérer sa parole car il se sent écouté sans jugement, avec bienveillance et empathie (lien de confiance).	7	91,07	2

La pair aidance a également une plus value au niveau <u>du pair aidant</u> lui-même, car elle			2
favorise également son propre rétablissement, notamment en renforçant son estime de soi, en lui fournissant reconnaissance, satisfaction d'aider, d'être utile, en donnant du sens à ses propres difficultés ;	7	91,67	
aide à sa réinsertion, en lui donnant une place dans la société (sentiment d'appartenance), en donnant un but et du sens à ses journées, en l'intégrant dans un parcours d'apprentissage et de formation.	7	91,67	2
II. BESOINS POUR ENCADRER DE MANIÈRE PROFESIONNELLE			
Le pair aidant doit bénéficier de soutien logistique en fonction de ses besoins : disposer de bureaux si nécessaire, locaux de réunions aménagés de manière conviviale, dans un endroit sûr et accessible, mobilier, matériel pour activité, outils informatiques...	7	88,79	3
Le pair aidant doit bénéficier de soutien financier :			2
frais de transport et frais de fonctionnement,	7	91,67	
Dans certains cas (en fonction du rôle), salaire	7	87,93	3
Le pair aidant doit bénéficier de soutien en termes de ressources humaines (intégration socio-professionnelle dans les équipes/organisations dans lesquels ils sont employés)	7	88,69	2
Le pair aidant doit être intégré dans un réseau de pairs aidants et d'associations qui soutiennent la pair aidance (associations professionnelles et centres de soutien / d'expertise), assurant une disponibilité partout et pour tous les troubles de la santé mentale.	7	85,71	2
Ce réseau doit soutenir le pair aidant en termes de communication :			2
sensibilisation du grand public (briser les tabous)	7	89,88	
auprès des professionnels de la santé (mentale) afin que ceux-ci reconnaissent les pairs aidants comme partenaires dans la prise en charge du patient	7	90,48	2
les coordonnées des pairs aidants ne doivent être communiquées que conformément à la loi sur la protection de la vie privée, c'est-à-dire pas de données personnelles, uniquement des données professionnelles, si elles sont disponibles	7	93,10	3
Afin d'être organisée de manière professionnelle, la pair aidance doit bénéficier d'un statut, (sur base d'une description de fonction)	7	87,50	2
Cette description de fonction doit définir			2
les droits et devoirs (par ex. secret professionnel) du pair aidant,	7	93,45	
les limites de la fonction	7	88,69	2

La formation devrait comporter notamment les éléments suivants :			2
- des éléments pratiques de communication et de dynamique de groupe : expression orale, prise de parole en public, entretien motivationnel, écoute active ;	7	91,07	
- des éléments de déontologie (secret professionnel, RGPD)	7	91,07	2
- des éléments relatifs au réseau dans lequel il fonctionne : fonctions disponibles, place et limites de la fonction par rapport aux autres, échanges avec les autres professionnels, fonctionnement d'une équipe ...	7	85,71	2
- des éléments relatifs au bien être du pair aidant : savoir fixer les limites de son engagement (notamment limites entre relation amicale et professionnelle), avoir le recul suffisant par rapport à son propre vécu, garder une hygiène de vie (temps pour soi, être à l'écoute de ses propres besoins...)	7	90,48	2
Ces formations peuvent être organisées par des associations de patients en coopération avec des organisations professionnelles (professionnels de la santé mentale) ou des instituts de formation afin de garantir la qualité.	7	87,93	3
Pour conserver leur statut, il est recommandé que les pairs experts, comme les autres prestataires de soins de santé, participent également à des interventions, de la supervision et une formation continue.	7	91,38	3
Ce statut permettrait :			2
- d'améliorer la légitimité, la crédibilité et la reconnaissance du pair aidant parmi les autres professionnels de la santé (fonction intégrée dans le panel des fonctions possibles) et de mieux identifier sa place parmi eux ;	7	88,69	
- de protéger à la fois le patient et le pair aidant,	7	89,88	2
- rassurer les patients, les employeurs et les autres professionnels, et réduire la stigmatisation dont peuvent encore faire l'objet les pairs aidants ;	7	85,12	2
- de donner une juste rémunération du pair aidant (définition de barèmes).	7	87,50	2

Le consensus autour de ces déclarations est très important : à l'exception d'une seule, toutes les déclarations ont une médiane de 7, et plus de 90% ont noté 6 ou 7 pour une grande majorité d'entre elles.

Sur base des déclarations qui n'ont pas eu de score suffisant, on peut dire également

- 1) qu'il est important de bien délimiter le rôle du pair aidant, notamment dans le système de soins.
Les contacts avec les pairs peuvent en effet constituer une ressource **complémentaire** dans le système de soins en cas de lacune ou de problèmes avec les prestataires de soins conventionnels (manque de place, méfiance du patient, rupture de lien....) mais ce n'est pas leur rôle premier (car c'est le système de soins conventionnel qui devrait faire en sorte de combler ces lacunes et de résoudre ces problèmes). S'il joue ce rôle, le pair aidant doit être encadré (pour ne pas donner de mauvaises informations ou dénigrer les soins conventionnels) et être attentif à rester neutre et respecter la volonté du patient.
- 2) Au niveau du cadre, certains contacts avec les pairs doivent être encadrés juridiquement pour notamment protéger les patients. Il existe en effet une diversité de rôles dans le soutien par les pairs, chacun ayant sa valeur, mais chacun étant plus ou moins lié à des compétences acquises démontrables dans le cadre d'un

statut reconnu. Celles-ci devraient être incluses dans des descriptions de poste différentes et correspondantes. L'expérience est une condition de base, en outre, l'éducation et la formation sont importantes et doivent être principalement axées sur la pratique. En fonction de ce cadre, un système de rémunération doit aussi être prévu.

2.2.6. Quatrième étape : feedback sur le rapport de synthèse

Le rapport de synthèse a été envoyé aux participants à la deuxième et troisième phase, en leur demandant de dire s'ils se retrouvaient dans les conclusions, et s'ils avaient quelque chose à ajouter.

13 participants ont réagi après avoir reçu le rapport. Ils sont tous d'accord avec les conclusions. Certains points sont en particulier mis en avant : la confusion possible entre les différents rôles des pairs, qui est aussi perceptible sur le terrain ; l'importance **des formations et interventions**, mais surtout de **l'expérience** (plutôt que la formation théorique); la nécessité de soutenir le travail des pairs et de former les équipes à ce sujet, pour que le soutien par les pairs soit davantage pris au sérieux et envisagé de manière plus systématique dans les équipes. En résumé, il ressort surtout de ces commentaires finaux qu'il faut davantage valoriser et soutenir les efforts des groupes de pairs et des *peer experts*. Ils remercient d'ailleurs le CSS d'avoir consacré une étude et un avis sur ce sujet.

L'étude Delphi présente un certain nombre de points forts et de limites. Les points forts sont une large consultation et une large diffusion de l'appel, ainsi que l'implication de divers groupes cibles. Toutefois, le taux de participation de certains groupes cibles, en particulier les patients, a été plutôt limité. L'approche scientifique formelle adoptée lors de l'étude Delphi a conduit à une approche systématique, ce qui a pu engendrer certaines lacunes. La recherche sur la participation des patients à la recherche scientifique met en évidence la valeur de l'implication, mais souligne également les défis (par exemple, la formation et l'éducation avant la participation), l'attention portée aux facteurs facilitants et les obstacles potentiels (par exemple, les obstacles individuels, structurels, les obstacles dans les interactions entre le chercheur et le patient), qui ont reçu moins d'attention dans l'étude actuelle.

2.3. Expérience vécue asbl UilenSpiegel

Dans une dernière phase de l'étude, l'enquêteur initial, l'asbl UilenSpiegel, a donné un aperçu de l'expérience vécue par les utilisateurs des contacts avec les pairs qu'ils ont mis en place.

Une base de données regroupant 51 réflexions et évaluations de patients concernant des groupes de pairs organisés par l'association UilenSpiegel montre une image globalement positive de ce soutien pour les personnes vulnérables sur le plan mental. Il est toutefois à noter que ces résultats pourraient être influencés par un certain degré de réponse sélective, où ce sont principalement les personnes ayant des expériences positives ou très négatives qui ont tendance à répondre.

Les données reflètent dans l'ensemble les conclusions de l'analyse Delphi. Les participants soulignent qu'ils se sentent "entendus, vus et compris", le partage d'expériences vécues étant perçu comme une source précieuse de soutien et d'inspiration, sans aucun jugement. Cependant, quelques points critiques soulignent des écueils potentiels au sein des groupes de pairs, tels que des orateurs dominants qui se répètent, un manque d'orientation efficace et un manque de délimitation des récits trop personnels. L'identification de ces défis souligne l'importance de formations ciblées pour les facilitateurs de groupes de pairs, notamment en matière de compétences en communication et de dynamiques de groupe, afin d'assurer un environnement sûr et efficace. Il s'agit donc de compétences et d'aptitudes professionnelles qui s'ajoutent à l'expérience personnelle.

Au sein du groupe de 51 participants étudié, 5 individus ont participé à des réunions en ligne. Comme avantage de cette configuration virtuelle, il a été souligné que des personnes de divers endroits pouvaient participer sans être entravés par la distance et les restrictions de déplacement. Cependant, comme point négatif, il est apparu que le langage corporel, un aspect important de la communication, était moins présent dans les interactions en ligne.

IV. CONCLUSIONS et RECOMMANDATIONS

Le contact avec les pairs est un sujet qui est décrit dans une multitude de disciplines théoriques et qui a diverses applications sur le terrain. La question de l'asbl UilenSpiegel au CSS, qui est à la base du présent avis, se concentre spécifiquement sur un aspect bien défini des contacts avec les pairs, qui se caractérisent par les éléments suivants :

- **intentionnel** : il s'agit de contacts délibérés et non de rencontres fortuites ;
- **asymétrique** : le pair « aidant » est "différent", à plusieurs égards, des pairs qu'il conseille ;
- **en dehors du cadre clinique** : en dehors du cadre professionnel habituel des soins de santé mentale (hôpitaux, cabinets de psychologues, etc.) ;
- **dans le domaine de la santé mentale.**

Il s'agit donc d'un contact entre pairs formellement organisé **par** des pairs aidants **pour** d'autres pairs dans un cadre non clinique.

L'objectif principal de cet avis est, tout d'abord, de cartographier la valeur (ajoutée) de ce type de contact entre pairs durant toutes les phases du rétablissement (avant, pendant ou après le traitement) d'un problème de santé mentale. La reconnaissance de ce fait nécessite une structure organisée dans laquelle les pairs aidants peuvent travailler sur un pied d'égalité et en complémentarité avec les prestataires de soins de santé conventionnels. Il examine donc comment un cadre peut être proposé à d'autres organisations ou acteurs qui, comme UilenSpiegel, souhaitent organiser des contacts avec des pairs d'une manière professionnelle en dehors du cadre clinique.

Pour répondre à ces questions de recherche, une approche multi-méthodes a été utilisée, permettant de rassembler une grande diversité de points de vue. Outre une analyse de la littérature scientifique, la perception ou l'expérience des parties prenantes impliquées dans les contacts avec les pairs (pairs aidants, utilisateurs de contacts avec les pairs et professionnels dans le cadre clinique) a également été étudiée par le biais d'une étude Delphi, ainsi que par l'implication de ceux-ci dans le groupe de travail et des auditions supplémentaires).

Cette approche a néanmoins des limites propres aux moyens utilisés : dans un secteur qui évolue rapidement, une revue de littérature ne permet pas de prendre en compte un certain nombre d'évolutions, de bonnes pratiques, etc. qui ont lieu actuellement mais n'ont pas encore été rapportées ou publiées. De plus, même si l'étude Delphi a cherché à impliquer les patients, on constate dans les faits que seul un petit nombre d'entre eux a participé. La recherche sur la participation des patients montre en effet que de nombreux défis y sont liés, et notamment la difficulté de participer tout au long du processus.

En se complétant mutuellement, ces différentes approches ont néanmoins contribué à surmonter les deux principales difficultés rencontrées durant l'élaboration de cet avis : d'une part, la confusion qui existe, tant dans la littérature que sur le terrain, dans la diversité de rôles possibles du pair ; et d'autre part les craintes de différentes parties prenantes face à cet objectif de donner une place et une structure aux contacts avec les pairs (respect de la place et de la fonction de chacun, peur de contraintes supplémentaires...).

1. Conclusions

Cette étude montre que le potentiel du contact avec les pairs dans le domaine de la santé mentale est reconnu à la fois par la littérature scientifique et par l'expérience des parties prenantes impliquées. Sur la base de la revue systématique, il apparaît que le contact entre pairs ne produit pas d'effets néfastes sur les pairs. Les études font état d'une absence d'impact (neutre) ou d'effets positifs significatifs sur divers résultats de recherche, notamment la santé mentale et physique, les aspects psychosociaux et l'observance du traitement. Cela est également confirmé par l'enquête Delphi, qui a approuvé le potentiel du contact avec les pairs.

La valeur ajoutée spécifique du contact avec les pairs réside avant tout dans l'expérience partagée, le fait d'être littéralement un pair, ce qui n'est généralement pas le cas dans le lien professionnel-patient. Sur la base de ce lien spécifique, il est possible d'offrir une aide équivalente et supplémentaire par rapport aux soins formels, et ce au sens le plus large du terme. Il s'agit de la validation du vécu et du partage des expériences de personne à personne, de donner de l'espoir, des connaissances pratiques et des compétences utiles au processus de rétablissement. Selon certaines études, la contribution à ces aspects peut également avoir un effet positif indirect sur les résultats cliniques (par exemple, la réduction des symptômes), les éléments du traitement (par exemple, l'adhésion au traitement) et la qualité de vie.

Une autre valeur ajoutée des contacts entre pairs réside dans leur capacité à favoriser les liens entre les pairs et leurs proches, entre les pairs et les professionnels de la santé, mais aussi entre les pairs et la société au sens large. Dans la pratique, ils sont déjà utilisés pour combler les listes d'attente pour aider à la médiation en cas de manque de confiance dans les soins formels ou en cas de demande de soutien pratique, pour lesquels ils peuvent effectivement avoir un impact positif, mais ne peuvent jamais répondre au besoin de soins professionnels. Certaines lacunes dans les soins de santé doivent donc être comblées à un autre niveau. En effet, il ne peut être demandé aux pairs aidants de porter cette responsabilité.

Alors que les contacts informels et symétriques entre pairs, c'est-à-dire les rencontres informelles non forcées, n'ont logiquement pas besoin d'un cadre, cette recherche montre que le besoin s'en fait sentir dans les contacts intentionnels entre pairs, lorsqu'il y a asymétrie dans la relation. Il s'agit à la fois de protéger les pairs participants et le pair aidant lui-même. Plusieurs éléments sont cités ici, qui ressortent à la fois de la littérature et de l'enquête Delphi.

Tout d'abord, il ne fait aucun doute que les pairs aidants doivent avoir eux-mêmes une certaine expérience de la vulnérabilité mentale. C'est la condition *sine qua non* pour pouvoir parler de contact avec les pairs. Toutefois, le pair aidant doit être capable de prendre le recul nécessaire par rapport à sa propre expérience ou vulnérabilité et, surtout, de se placer dans la perspective des autres sans s'y perdre. Cela suppose une attention permanente aux soins personnels et un certain degré de rétablissement qu'il n'est pas toujours facile de saisir dans une indication temporelle standard (par exemple, un an après le diagnostic ou le traitement). La question est donc de savoir qui détermine quand quelqu'un s'est suffisamment rétabli pour être un pair aidant. La littérature et les résultats de l'enquête Delphi montrent une grande variété d'interprétations, allant d'une simple auto-évaluation à la réussite d'un parcours de rétablissement ou d'autres formations, en passant par l'évaluation d'une organisation externe ou d'un professionnel.

Outre la connaissance de l'expérience, les pairs aidants bénéficient de certaines connaissances (pratiques) et compétences supplémentaires, en particulier l'apprentissage de la dynamique de groupe et la maîtrise des techniques d'entretien, mais aussi des éléments tels que la gestion de la confidentialité, la collaboration avec d'autres professionnels des soins au sein du système de soins de santé au sens large et une attitude critique scientifique de base. Ici aussi, la littérature et la méthode Delphi varient considérablement en termes d'intensité, de durée et de contenu. Ces compétences peuvent notamment être acquises *on the job* plutôt que lors d'un cours formel composé de plusieurs modules. Comme pour toutes les professions de santé, un certain degré d'intervision et d'apprentissage continu est généralement préconisé. Ces éléments peuvent contribuer à la reconnaissance du rôle professionnel du pair aidant dans le cadre des soins de santé mentale.

La valeur ajoutée du contact avec les pairs et le rôle spécifique des pairs aidants ne sont actuellement pas suffisamment appréciés sur le terrain. On parle de stigmatisation et de discrimination, mais des rapports font également état d'une sous-évaluation évidente et d'une inégalité de pouvoir dans la pratique. Cela concerne à la fois le mandat que les pairs aidants reçoivent au sein du système de santé mentale et la rémunération qui en découle. Les pairs aidants ne sont généralement pas rémunérés et sont en tout cas moins bien payés que les professionnels de santé traditionnels. Si, même dans le cadre clinique, il y a encore du travail à faire pour parler d'intégration à part entière, c'est encore plus vrai en dehors du cadre clinique. Il y a actuellement un manque évident de ressources permettant l'organisation de groupes de pairs en dehors du cadre clinique de manière durable.

2. Recommandations

Généralités

La reconnaissance de la valeur (ajoutée) du contact asymétrique intentionnel avec le pair en dehors du cadre clinique dans le cadre des soins de santé mentale nécessite un cadre clair et une structure organisée (coupole / plateforme) où les pairs aidants se voient accorder une position égale et complémentaire à celle des prestataires de soins conventionnels. Ce cadre doit garantir une organisation professionnelle des contacts avec les pairs, dans laquelle certaines conditions seront fixées. Pour fixer ces conditions, il faut toutefois que le secteur dispose des ressources financières nécessaires (voir ci-dessous).

Pour les groupes de pairs

1/ Réfléchir de manière critique à son propre fonctionnement et contribuer à l'élaboration du cadre de qualité nécessaire

Si le contact informel symétrique entre pairs ne nécessite pas de cadre, cela est moins évident pour les formes intentionnelles et asymétriques de contact entre pairs. Plus on s'oriente vers une forme asymétrique, plus on a besoin d'un cadre clair qui garantisse la qualité du conseil, mais aussi le bien-être du pair aidant.

Il est essentiel que les groupes de personnes participent eux-mêmes à l'élaboration et au développement d'un cadre de qualité. La littérature et la méthode Delphi offrent des outils permettant d'examiner de manière critique et d'optimiser ses propres activités et de contribuer à l'élaboration d'un cadre.

2/ Collaborer à l'élaboration d'une forme d'organisation durable

Actuellement, le domaine manque d'un cadre organisationnel clair. Pour soutenir et continuer à assurer l'évolution nécessaire de la qualité, la coopération (y compris avec les soins conventionnels) est nécessaire.

Dans la pratique, il existe déjà plusieurs exemples réussis de ligues et de plateformes qui, outre l'assurance de la qualité, permettent également des économies d'échelle et une reconnaissance formelle du fonctionnement. Il est possible de s'en inspirer.

Il est important ici d'inclure dans la réflexion des structures déjà existantes (par exemple des associations de patients, des organisations faïtières, etc). Sur la base d'une ouverture d'esprit, on peut effectivement travailler ensemble sur des thèmes qui dépassent l'individualité ou la spécificité des différents groupes de personnes souffrantes. Enfin, les liens avec les soins conventionnels (somatiques et mentaux) devraient également être renforcés, étant donné que, idéalement, l'opération devrait s'inscrire dans une approche intégrée et transdisciplinaire, également reconnue sur le plan politique.

3/ Mettre l'accent sur une culture organisationnelle axée sur l'apprentissage et l'évaluation de la pratique (aussi informelle soit-elle)

La valeur ajoutée spécifique du contact avec les pairs est le fait d'être un pair. C'est en cela qu'un pair aidant se distingue généralement d'un prestataire de soins professionnel. En outre, d'autres compétences sont indiquées, qui peuvent être acquises par le biais ou non de la formation. Mais il est nécessaire avant tout d'adopter une attitude d'apprentissage pour se maintenir à niveau.

Investir dans une culture organisationnelle axée sur l'apprentissage, avec l'intervision et la supervision des pairs aidants. La mise en place d'un réseau d'apprentissage peut également y contribuer.

4/ Assumer une fonction de signalisation

Dans la pratique, les pairs aidants sont confrontés à divers défis résultant d'un système défaillant (par exemple, les listes d'attente, l'accès à certains services, le soutien pratique, la détérioration des relations entre les patients et les prestataires).

L'intention ne peut être de confier aux pairs aidants la responsabilité de remédier à cette situation.

Il faut donc être attentif à garder les limites de ce qu'est le contact avec les pairs et de ce qu'il n'est pas. C'est à partir de cette position que l'on peut travailler à l'élaboration d'une politique.

Une structure organisée est importante pour faut signaler les problèmes structurels et faire entendre la voix des pairs auprès des autorités.

5/ Assurer le suivi et l'évaluation des groupes de pairs existants

Différents groupes de pairs consignent à leur manière l'impact de leurs accompagnements. Cette expérience vécue est un matériel précieux qui peut illustrer l'impact et la valeur ajoutée des groupes de pairs. Toutefois, à l'heure actuelle, ce suivi se fait de manière ad hoc et de diverses manières.

Un suivi scientifiquement fondé et mieux adapté sous la forme d'un suivi et d'un rapport sur les paramètres du processus et des résultats pourrait contribuer à la force de la preuve concernant l'impact des groupes de pairs. Il pourrait s'appuyer sur divers cadres existants dans le secteur psychosocial (cf. santé positive, travail social) et un financement suffisant mis à disposition.

6/ Promouvoir la collaboration avec les soins conventionnels

Bien que le contact avec les pairs puisse avoir lieu en dehors du cadre clinique, il est néanmoins crucial de favoriser la collaboration avec les soins conventionnels (mentaux et somatiques). L'engagement en faveur d'une collaboration transdisciplinaire doit être adopté, tout en maintenant la liberté de fonctionnement et en s'intégrant dans le système de soins de santé au sens large. Au sein d'une structure organisée et commune (coupole /plateforme, basée notamment sur les canaux qui existent déjà tels que les associations de patients, les « *Staten Generaal* » etc.), des lignes de communication claires peuvent être établies, les connaissances peuvent être partagées et des objectifs communs peuvent être définis afin de renforcer la synergie entre les pairs et les prestataires de soins conventionnels et d'améliorer la qualité globale des soins. On peut penser par exemple à l'utilisation conjointe des systèmes d'enregistrement existants (cf. Alivia) pour limiter la surcharge des enregistrements, au partage des données (conformément au GDPR et aux lignes directrices en matière de protection de la vie privée, bien entendu) pour obtenir des données plus précises, ...

Pour les autorités

1/ Créer un profil de fonction et de compétences pour la pair aidance asymétrique et intentionnelle

Outre l'expérience de la vulnérabilité mentale et un certain degré de rétablissement, la littérature et l'enquête Delphi montrent clairement que certaines compétences sont nécessaires pour assumer les rôles de pair aidant dans le cadre d'un contact intentionnel et asymétrique entre pairs.

La création de profils de fonction et de compétences divers garantissant à la fois la qualité nécessaire pour les utilisateurs et la sécurité du pair aidant est réalisable et souhaitable. Ils doivent refléter la diversité des rôles au sein du soutien par les pairs, sans créer de hiérarchie entre eux. Les modalités sur la base desquelles ces profils peuvent être remplis (par exemple, la formation et/ou les compétences acquises) devraient également être envisagées (ainsi que les modalités organisationnelles). Avant tout, ce travail devrait être réalisé en collaboration avec les pairs aidants. Il peut constituer la base de la (re)reconnaissance d'un statut officiel.

2/ Investir dans le développement des contacts entre pairs en dehors du cadre clinique

Cette recherche montre clairement que ce type de contact avec les pairs a du potentiel et qu'il est complémentaire du cadre et des professions de soins cliniques formelles. En outre, il ne semble pas y avoir d'effets négatifs associés à ce type de contact. Cependant, les ressources manquent pour développer de manière qualitative ces groupes en dehors du cadre clinique. Il en résulte un cercle vicieux qui rend presque impossible la mise en place durable de ces groupes.

Investir dans des contacts de qualité avec les pairs en dehors du cadre clinique et soutenir la professionnalisation de ces contacts sur le terrain. Pour ce faire, il est nécessaire de travailler sur une structure organisationnelle qui permette un fonctionnement de qualité et durable. Il convient de développer une structure de soutien en collaboration avec les groupes de contact entre pairs, mais aussi avec les structures existantes telles que les associations de patients et les organisations faïtières (par exemple, la LUSS). Il existe plusieurs exemples réussis de ligues et de plateformes sur le terrain qui peuvent servir d'inspiration. Enfin, cela pourrait inclure la mise en œuvre structurelle de contacts entre pairs dans le cadre des parcours de soins en santé mentale.

3/ Investir dans la recherche sur les groupes de pairs en dehors du contexte clinique

Les analyses montrent que la grande majorité des recherches scientifiques se concentrent sur le contact entre pairs dans le contexte clinique et/ou sous la supervision d'un clinicien. Plusieurs groupes de pairs opèrent dans la pratique en dehors de ce cadre, mais ils ne sont pas souvent pris en compte dans la recherche scientifique. Il en résulte un angle mort dans la politique mise en place.

Ce n'est pas parce qu'il n'existe pas encore de base scientifique solide pour ces initiatives qu'elles ne peuvent pas avoir d'effet. En outre, l'effet des interventions dans le domaine des soins de santé mentale est généralement difficile à démontrer en raison de leur nature dynamique. Toutefois, le manque de preuves scientifiques est plus souvent considéré comme un facteur déterminant du manque d'attention politique.

Le potentiel du contact avec les pairs ressort clairement de cet avis. Il convient d'investir dans des recherches portant spécifiquement sur la valeur ajoutée des contacts entre pairs en dehors du cadre clinique.

4/ Impliquer les pairs aidants dans l'élaboration des politiques

Compte tenu de leur expertise et de leur rôle, les pairs aidants sont idéalement placés pour jouer un rôle de signal au niveau des autorités en ce qui concerne les améliorations possibles. Ils sont aux premières loges pour comprendre ce que vivent les patients (et leurs proches) et peuvent porter un regard critique sur les expériences vécues.

L'implication de ces organisations dans l'élaboration de la politique en matière de santé mentale semble plus qu'appropriée (aux différents niveaux de pouvoir et certainement au niveau fédéral afin de faciliter la création d'une structure juridique cohérente et homogène).

Pour les soins de santé et la société dans son ensemble

La coopération transdisciplinaire entre les prestataires de soins de santé et la société devrait être promue. Cet avis est le résultat d'une approche transdisciplinaire à laquelle ont participé, sur un pied d'égalité, des personnes souffrant d'une maladie mentale, des patients, des proches, ainsi que des prestataires de soins de santé conventionnels et des chercheurs de différents horizons.

La stigmatisation qui entoure les personnes souffrant de vulnérabilité mentale est encore très répandue dans notre société. Ne pas être reconnu, c'est ne pas être accepté. Le CSS est convaincu que les rencontres entre les différents acteurs contribuent à un système de soins plus inclusif et plus efficace. Cet aspect n'est pas encore suffisamment pris en compte dans la formation des prestataires de soins conventionnels et dans le cadre des travaux axés sur les politiques.

Enfin, si cet avis ne s'est pas spécifiquement penché sur les contacts avec les pairs pour les proches, ceux-ci devraient également faire l'objet d'une attention spécifique.

V. REFERENCES

- Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. *J Subst Abuse Treat* 2016;63:1-9.
- Burke E, Pyle M, Machin K, Varese F, Morrison AP. The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and health* 2019;4(3).
- Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. *J Psychiatr Res* 2017;84:80-9.
- Cano Prieto I, Simó Algado S, Prat G. Peer Interventions in Severe Mental Illnesses: A Systematic Review and its Relation to Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health* 39(3):1-38.
- Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;4(4):CD010880.
- Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014;65(4):429-41.
- Clibbens N, Harrop D, Blackett S. Early discharge in acute mental health: A rapid literature review. *Int J Ment Health Nurs* 2018;27(5):1305-25.
- Corrigan PW, Talluri SS, Shah B. Formal peer-support services that address priorities of people with psychiatric disabilities: A systematic review. *Am Psychol* 2022;77(9):1104-1116.
- Conseil Supérieur de la Santé. Vers un cadre générique pour l'élaboration d'indicateurs de qualité des soins de santé mentale en Belgique. Bruxelles: CSS; 2016. Avis n° 9204.
- Conseil Supérieur de la Santé. Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : Quelles leçons pouvons-nous tirer pour l'avenir ? . Bruxelles: CSS; 2022. Avis n° 9676.
- Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophr Bull* 2006;32(3):443-50.
- Doughty C, Tse S. Can Consumer-Led Mental Health Services be Equally Effective? An Integrative Review of CLMH Services in High-Income Countries. *Community Ment Health J* 2011;47(3):252-66.
- Evans M, Barker H, Peddireddy S, Zhang A, Luu S, Qian Y et al. Peer-delivered services and peer support reaching people with schizophrenia: A scoping review. *Int J Ment Health* 2021.
- Fortuna KL, Naslund JA, LaCroix JM, Bianco CL, Brooks JM, Zisman-Ilani Y et al. Digital Peer Support Mental Health Interventions for People With a Lived Experience of a Serious Mental Illness: Systematic Review. *JMIR Ment Health* 2020;7(4):e16460.
- Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, van Ginneken N, Rahman A et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014;49(11):1691-702.
- Gaiser MG, Buche JL, Wayment CC, Schoebel V, Smith JE, Chapman SA et al. A Systematic Review of the Roles and Contributions of Peer Providers in the Behavioral Health Workforce. *Am J Prev Med* 2021;61(4):e203-e210.
- Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T. Psychosocial therapies in severe mental illness: update on evidence and recommendations. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33(4):414-21.

Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000 Oct;32(4):1008-15. PMID: 11095242.

Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D et al. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;276:788-96.

Kia H, MacKinnon KR, Abramovich A, Bonato S. Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Soc Sci Med* 2021;279:114026.

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, Brophy L, Ennals P, Fletcher J et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry* 2022;21(1):96-123.

King AJ, Simmons MB. A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions. *Psychiatr Serv* 2018;69(9):961-77.

Leger J, Letourneau N. New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health Soc Care Community* 2015 Jul;23(4):337-48.

Leung C, Pei J, Hudec K, Shams F, Munthali R, Vigo D. The Effects of Nonclinician Guidance on Effectiveness and Process Outcomes in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* 2022;24(6):e36004.

Lewis HK, Foye U. From prevention to peer support: a systematic review exploring the involvement of lived-experience in eating disorder interventions. *Ment Health Rev J* 2021.

Linstone H & Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Applications*. 1975.

Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014;14:39.

Lyons N, Cooper C, Lloyd-Evans B. A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. *BMC Psychiatry* 2021;21(1):315.

McColl LD, Rideout PE, Parmar TN, Abba-Aji A. Peer support intervention through mobile application: An integrative literature review and future directions. *Canadian Psychology / Psychologie Canadienne* 2014;55(4):250-7.

Miler JA, Carver H, Foster R, Parkes T. Provision of peer support at the intersection of homelessness and problem substance use services: a systematic 'state of the art' review. *BMC Public Health* 2020;20(1):641.

Moore CB. Empirically Supported Family and Peer Interventions for Dual Disorders. *Research on social work practice* 2005;15(4).

Mutschler C, Bellamy C, Davidson L, Lichtenstein S, Kidd S. Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychol Serv* 2022;19(2):360-74.

Opie JE, McLean SA, Vuong AT, Pickard H, McIntosh JE. Training of Lived Experience Workforces: A Rapid Review of Content and Outcomes. *Adm Policy Ment Health* 2023;50(2):177-211.

Orock AN, Nicette G. A review of literature of peer-based recovery support in substance abuse and the implications for effective implementation in Seychelles. *J Subst Use* 2022;27.

Pellizer ML, Wade TD. The effectiveness of lived experience involvement in eating disorder treatment: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2023;56(2):331-49.

Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(1):29-36.

Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(3):CD004807.

Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011;20(4):392-411.

Rüsch N, Kösters M. Honest, Open, Proud to support disclosure decisions and to decrease stigma's impact among people with mental illness: conceptual review and meta-analysis of program efficacy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56(9):1513-26.

Shorey S, Chua JYX. Effectiveness of peer support interventions for adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Ment Health* 2023;32(2):465-79.

Smit D, Miguel C, Vrijzen JN, Groeneweg B, Spijker J, Cuijpers P. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2023;53(11):5332-41.

Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(4):392-401.

Stubbs B, Williams J, Shannon J, Gaughran F, Craig T. Peer support interventions seeking to improve physical health and lifestyle behaviours among people with serious mental illness: A systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2016;25(6):484-95.

Sun J, Yin X, Li C, Liu W, Sun H. Stigma and Peer-Led Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry* 2022;13:915617.

Sunderland K, Mishkin W. Lignes directrices relatives au soutien par les pairs - Pratique et formation. Calgary, AB : Commission de la santé mentale du Canada 2013. Internet : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-06/peer_support_guidelines_fr.pdf

Thomas EC, Despeaux KE, Drapalski AL, Bennett M. Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatr Serv* 2018;69(3):259-67.

Tweed LM, Rogers EN, Kinnafick FE. Literature on peer-based community physical activity programmes for mental health service users: a scoping review. *Health Psychol Rev* 2021;15(2):287-313.

Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J* 2013;36(1):28-34.

Wang Y, Chen Y, Deng H. Effectiveness of Family- and Individual-Led Peer Support for People With Serious Mental Illness: A Meta-Analysis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2022;60(2):20-6.

Watson E. The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *J Ment Health* 2019;28(6):677-88.

White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S et al. The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):534.

WHO - World Health Organization. Peer support mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341643/9789240025783-eng.pdf?sequence=1>

Winsper C, Crawford-Docherty A, Weich S, Fenton SJ, Singh SP. How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clin Psychol Rev* 2020;76:101815.

Yim CST, Ling Chieng JH, Tang XR, Tan JX, Foo Kwok VK, Tan SM. Umbrella review on peer support in mental disorders. *Int J Mental Health* 52(5):1-22.

VI. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Nele VAN DEN CRUYCE** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD et Els TOBBACK.

BEHEYDT Lieve	Psychologie	Universiteit Antwerpen
DEBYSER Bart	Soins infirmiers	VIVES
DELATTE Benoit	Psychiatre	Beau Vallon
DELESPAUL Philippe	Psychologie	Maastricht University
DELOYER Jocelyn	Psychiatrie	HNP Saint-Martin
DELVILLE Kim		Het Wachthuis
GERAIN Pierre	Psychologie de la santé	ULB
LAMY Dominique	Médecine générale	UCL
MATTHYS Frieda	Psychiatrie	UZ Brussel
NOLMANS Mattias	Expert par le vécu	
SIMON Yves	Psychiatrie	Pratique privée
VAN DEN ABEELE Tom	Expert par le vécu	
VAN DEN BROECK Kris	Psychologie	Uantwerpen
VAN DEN CRUYCE Nele	Sociologie	KU Leuven
VAN DOREN Shauni	Psychologie	Trefpunt Zelfhulp
VAN HAL Guido	Épidémiologie et médecine sociale	UA
VAN ISTERDAEL Geert	Expert par le vécu	UilenSpiegel vzw
VAN WANSEELE Carine	Psychologie	Trefpunt Zelfhulp
WAHA Stéphane	Expert par le vécu	SMES

Le groupe de travail permanent a adopté l'avis. Le groupe de travail permanent était présidé par Olivier LUMINET et Frieda MATTHYS et le secrétariat scientifique par Sylvie Gerard et Els Tobback.

Les associations suivantes ont été entendues :

BOL Suzanne	Similes
CEPHALE Sophie	Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale

COLEMONT Patrick	Vlaams Patiëntenplatform
CREW Sarah	Similes
DELVAUX Jan	UilenSpiegel
LEJEUNE Philippe	Similes
NUHAAN Marlene	En Route web asbl
PERNET Ivo	Verslavingskoepel (regio Kempen)
RIPAULT Sophie	LUSS
VIAENE Mineke	Verslavingskoepel (regio Kempen)
VILAIN François	Psytoyens

VII. ANNEXES

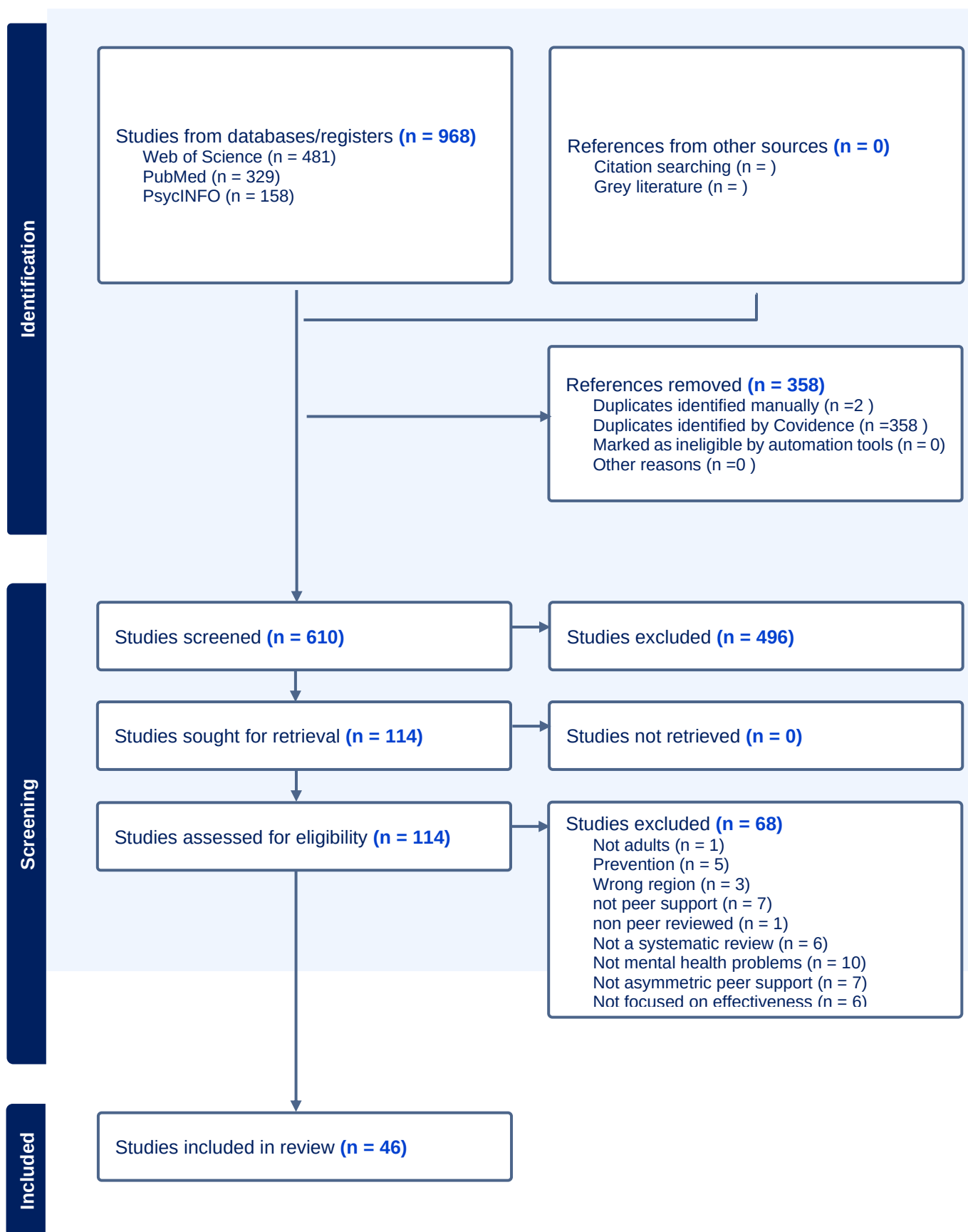
Annexe 1 : Termes de recherche utilisé et processus de sélection

1. Research equation

("mental health" OR psychiatr* OR "Mental* ill*" OR "mental* disorder*" OR "mental* distress*" OR "alcohol*" OR "dypsomania*" OR "drug addict*" OR "substance abuse" OR "substance misuse" OR "posttraumatic stress" OR "PTSD" OR "dissociative identity disorder*" OR "dissociative amnesia" OR "depersonalization disorder*" OR "depersonalisation disorder*" OR "derealization disorder*" OR "derealisation disorder*" OR "dissociative disorder*" OR "obsessive compulsive" OR dysthym* OR depress* OR Bipolar* OR depress* OR cyclothymic OR manic OR "manic episode*" OR mania* OR hypomania* OR cyclothymi* OR dysthymi* OR bipolar OR schizo* OR delusion* OR psychot* OR cataton* OR "personality disorder*" OR anorexi* OR bulimi* OR purg* OR binge*)

AND

("peer* support*" OR "community network*" OR "peer* provider*" OR "peer* consumer*" OR "peer* prosumer*" OR "peer* specialist" OR "peer* companion*" OR "Peer* survivor*" OR "peer* tutor*" OR "peer* educator*" OR "peer* mentor*" OR "peer* intervention*" OR "peer* listen*" OR "peer* mediat*" OR "peer* therap*" OR "peer* counsel*" OR "peer* work*" OR "peer* educat*" OR "peer* specialist*")



Annexe 2 : Etude de littérature : Tableau de synthèse

	Significant improvement	Mixed evidence	Equal to TAU	No (significant) improvement (different control groups)	Deleterious effects
SMI	• Hope (Fortuna et al., 2020; Fuhr et al., 2014; Walker & Bryant, 2013; Wang al., 2022) • Motivation (Walker & Bryant, 2013) • Empowerment (Cano Prieto et al., 2022; Fortuna et al., 2020; Killapsy et al., 2022) • Self-efficacy (Chien et al., 2019; Killapsy et al., 2022; Wang al., 2022) • Well-being (Wang al., 2022) • Reduction of psychiatric symptoms (Cano Prieto et al., 2022; Fortuna et al., 2020) • Quality of life (Cano Prieto et al., 2022; Fuhr et al., 2014; Wang al., 2022) • Recovery (Wang al., 2022) • Social functioning and support (Fortuna et al., 2020; Killapsy et al., 2022) • Reduction of isolation (Killapsy et al., 2022; Walker & Bryant, 2013) • Maladaptive social cognitions (Fortuna et al., 2020) • Activities of daily living (Cano Prieto et al., 2022)	• Hope (Chien et al., 2019; Lloyd-Evans et al., 2014) • Empowerment (Lloyd-Evans et al., 2014) • Mental well-being (Tweed al., 2021) • Depression and anxiety (Lloyd-Evans et al., 2014) • Quality of Life (Cabassa al., 2017; Lloyd-Evans et al., 2014) • General functioning (Chien et al., 2019) • Patient functioning (Guhne et al., 2020) • Community participation (Killapsy et al., 2022) • Increase in physical activity (Cabassa al., 2017; Tweed al., 2021) • Reduction in smoking (Cabassa al., 2017) • Lifestyle changes (Stubbs et al., 2016) • General medical care (Guhne et al., 2020) • Re-hospitalization (Guhne et al., 2020) • Physical health appointment attendance (Stubbs et al., 2016) • Medication adherence (Cabassa al., 2017)	• Hope (Chien et al., 2019) • Empowerment (Chien et al., 2019) • Clinical and psychosocial outcomes (Fuhr et al., 2014) • Recovery (Chien et al., 2019) • Preventing involuntary admissions (Killapsy et al., 2022)	• Hope (Chinman al., 2014) • Hospitalization (Lloyd-Evans et al., 2014) (Chien et al., 2019) • Recovery (Lloyd-Evans et al., 2014) • Symptoms of psychosis (Lloyd-Evans et al., 2014) • Global state (Chien et al., 2019) • Social support (Wang al., 2022) • Functioning (Wang al., 2022) • Psychothotic symptom improvement (Wang al., 2022) • Self-esteem (Wang al., 2022) • Alcohol & drug use (Wang al., 2022) • Positive relationships (Wang al., 2022) • Empowerment (Wang al., 2022) (Chinman al., 2014) • Improved relationship with providers (Chinman al., 2014) • Better engagement with care (Chinman al., 2014) • Activation (Chinman al., 2014)	

.be

	• Activation (Wang al., 2022) • Weight management (Fortuna et al., 2020) • Dietary habits (Cabassa al., 2017) • Psychiatric self-management (Fortuna et al., 2020) and self management (Cabassa al., 2017) • Increase in primary care services (Cabassa al., 2017; Chien et al., 2019) • Reduced emergency room services & hospitalizations (Cabassa al., 2017) • More closeness with peers than with staff (Walker & Bryant, 2013) • Communication with healthcare staff (Cabassa al., 2017) • Willingness to ask for help (Chien et al., 2019) • Reliance on others (Chien et al., 2019) • Medical adherence (Fortuna et al., 2020) • Medication adherence (Wang al., 2022)	• Self-rated health (Cabassa al., 2017)			
Mental illness, not specified	• Hope (King & Simmons, 2018; Repper & Carter, 2011; Smit et al., 2022) • Empowerment (Burke et al., 2019; King & Simmons, 2018; Lyons et al., 2021; Repper & Carter, 2011)	• Hope (Corrigan et al., 2022; Yim et al., 2023) • Empowerment (Corrigan et al., 2022; Winsper et al., 2020) • Symptom severity (Corrigan et al., 2022; King & Simmons, 2018)		• Hope (Lyons et al., 2021) (Clibbens al., 2018) • Hopelessness (Sun et al., 2022) • Empowerment (Sun et al., 2022) (Lyons et al., 2021) • Depression (Sun et al., 2022) (Lyons et al., 2021)	

	• Self-efficacy (Burke et al., 2019; King & Simmons, 2018; Sun et al., 2022) • Well-being (Winsper et al., 2020) • Clinical symptoms (Smit et al., 2022) • Personal recovery (Smit et al., 2022) • Recovery (Lyons et al., 2021) • Social functioning and support (Repper & Carter) • Internalized/Self-stigma (Burke et al., 2019; Rusch et al., 2021; Sun et al., 2022) • Stigma stress & pressure (Sun et al., 2022) • Stigma (Repper & Carter, 2011; Rusch et al., 2021) • Empathy and acceptance (Repper & Carter, 2011) • Hospital readmission (Corrigan et al., 2022) • Help seeking (Sun et al., 2022) • Service-user confidence (Winsper et al., 2020) • Perceived health (Corrigan et al., 2022)	• Depressive symptoms (Rusch et al., 2021) • Psychiatric symptoms (Yim et al., 2023) • Quality of life (Corrigan et al., 2022; King & Simmons, 2018; Yim et al., 2023) • Recovery (Corrigan et al., 2022 ; Lyons et al., 2021) • General functioning (King & Simmons, 2018) • Social functioning (Winsper et al., 2020) • Social inclusion (King & Simmons, 2018) • Substance use (Yim et al., 2023) • Housing stability (Corrigan et al., 2022) • Admission rates and community tenure (Repper & Carter 2011; Yim et al., 2023) • Mental health service use (Yim et al., 2023) • Service use (Corrigan et al., 2022; King & Simmons, 2018) • Alliance with healthcare staff (Lyons et al., 2021)		• Anxiety (Sun et al., 2022) (Lyons et al., 2021) • Symptom reduction (Lyons et al., 2021) • Quality of life (Lyons et al., 2021; Winsper et al., 2020) • Functional recovery (Smit et al., 2022) (Lyons et al., 2021) • General and social functioning (Lyons et al., 2021) • Social network support (Lyons et al., 2021) • Self-stigma (Winsper et al., 2020) • Self-understanding (Clibbens al., 2018) • To feel normal, not differently (Clibbens al., 2018) • Trust (Clibbens al., 2018) • Reassurance (Clibbens al., 2018) • Reduced crisis and emergency service use (Pitt et al., 2013) • Risk of hospitalization (Lyons et al., 2021) • Arrest & incarceration (Corrigan et al., 2022) • Reduced inpatient service use (Clibbens al., 2018) • Continuity of care (Clibbens al., 2018) • Satisfaction with services (Lyons et al., 2021)	
--	---	---	--	--	--

				• Support flow information and prompt responses to referrals (Clibbens al., 2018) • Building rapport with service users (Clibbens al., 2018)	
SUD	• Empowerment (Gaiser al., 2021; Orock & Nicette, 2022) • Emotional well-being (Gaiser al., 2021) • Reduction depression (Gaiser al., 2021) • Quality of life (Gaiser al., 2021; Miler et al., 2020) • Social support and connexions (Gaiser al., 2021; Orock & Nicette, 2022) • Reduction homelessness (Miler et al., 2020) • Stigma (Orock & Nicette, 2022) • Patient activation (Gaiser al., 2021) • Reduction in substance use (Bassuk et al., 2016; Miler et al., 2020) • Re-hospitalization rates (Bassuk et al., 2016) • Reduce frequency of hospital & inpatient & emergency care (Gaiser al., 2021) • Healthcare self-management (Gaiser al., 2021)	• Increase likelihood of taking psychotherapeutic care (Gaiser al., 2021)			

	- Improved patient-healthcare professionals relationship (Gaiser al., 2021) - Post-discharge adherence (Bassuk et al., 2016)				
Mental illness + SUD		Social support (Moore, 2005)	- Employment (Doughty & Tse, 2011) - Education or living arrangements (Doughty & Tse, 2011) - Reducing hospitalizations and the cost of services (Doughty & Tse, 2011)		
Eating disorder	- Hope (Lewis & Foye, 2021) - Motivation (Lewis & Foye, 2021) - Normalization (Lewis & Foye, 2021) - Sharing insight (Lewis & Foye, 2021)	- Hope (Pellizer & Wade, 2022) - Quality of life, and mood (Pellizer & Wade, 2022) - Reduced eating disorder psychopathology, improved weight and BMI (Pellizer & Wade, 2022) - Reduced the average length of admission for inpatients (Pellizer & Wade, 2022)			Risks of disingenuity and exposure to triggering content (Lewis & Foye, 2021)
Suicide		Suicide risk (Kia et al., 2021)			
Postpartum depression	- Postnatal depression (McColl et al., 2014) - Depression (Huang al., 2020) - Health self-management (McColl et al., 2014)	Depression (Leger al., 2015)			
Schizophrenia	Negative symptoms reduction (Evans et al., 2021)	Stigma belief (Evans et al., 2021)			

.be

	• Self-confidence (Evans et al., 2021) • Self-stigma (Evans et al., 2021)				
Depression	• Depression scores (vs CAU, Pfeiffer et al., 2011) • Depressive symptoms (Shorey & Chua, 2023) • Anxiety (Shorey & Chua, 2023)			• Depression scores (vs CBT, Pfeiffer et al., 2011)	

CAU, care as usual; CBT, cognitive behavioral therapy; SMI, serious mental illness; SUD, substance use disorder; TAU, treatment as usual

Some of the studies were not included in the table as they focus on the process of how peer support works (Watson, 2019), the implementation aspects of peer support (Mutschler et al., 2022), the impact of training of peers (Opie et al., 2023), rather than on specific outcomes of peer support. Some other studies were not included because of lack of clearly specified outcome parameters (Evans et al., 2021; Thomas et al., 2018). One study was not included in the table since support was provided not only by peers, but also by research assistants or other laypersons (Leung et al., 2022).

Annexe 3 : Etude Delphi – Déclarations et résultats (2^{ème} tour)

				Médiane par groupe				
	Médiane	%>5	Ecart IQ	NL	FR	Prof s	Patient s	Pairs aidant s
La pair aide peut être utile à diverses étapes du processus de rétablissement (au début, en continu, à la fin, à la reprise du travail...), en complémentarité avec la prise en charge clinique.	7	93,45	1	7	7	7	7	7
La pair aide peut répondre à différents besoins des patients :								
• besoin d'espoir, de perspectives ;	7	94,64	1	7	7	7	7	7
• interrogations et besoin d'informations ;	6	88,10	2	6	6	6	6	6
• besoin de soutien ou de contacts supplémentaires ;	7	95,24	1	7	7	7	6,5	7
• accompagnement du quotidien ;	5	60,12	2	5	5	5	5	5
• en cas de difficultés à faire face au diagnostic, à l'anxiété et à l'(auto)stigmatisation	7	87,50	1	7	7	7	6	7
Le soutien par les pairs peut avoir un impact positif sur la prise en charge via :								
• L'utilisation comme aide de transition en cas de longues listes d'attente	5	63,69	3	5	5	5	6	6
• Une aide pour surmonter une éventuelle rupture du lien de confiance entre le patient et le prestataire de soin conventionnel ;	6	76,79	2	6	6	5,5	6	6
• Une aide à surmonter un manque de confiance dans le parcours de soins conventionnel (par exemple, ne pas vouloir commencer une thérapie conventionnelle)	6	75,60	2	6	6	6	6	6
• Une aide à réduire la réticence des patients à l'égard des soins conventionnels	6	76,79	2	6	6	6	5	6

Une aide en cas de progrès (trop) faibles dans le parcours de soins conventionnel afin de donner une impulsion positive au parcours	6	80,95	2	6	6	6	6	6
La pair aideance offre une forme de soutien complémentaire qui offre un nouveau regard sur le patient, une vision nuancée et un éclairage pertinent sur son ressenti ;	7	88,69	2	6,5	7	6	6	7
a une légitimité et une crédibilité particulière grâce à une bonne compréhension de la maladie et des difficultés rencontrées ;	7	91,67	1	7	7	6	6,5	7
offre une vision du parcours de soins qui n'est pas purement médicale ;	7	94,64	1	7	7	7	7	7
facilite le lien entre le patient et les professionnels de santé mentale, entre le bénéficiaire et l'équipe de soins ;	6	75,00	2,2 5	6	6	6	6	6
renforce l'engagement dans le parcours de soins, renforce le respect de la trajectoire (compliance) ;	6	76,19	2	6	6	5	5	6
offre une meilleure disponibilité que les professionnels de la santé ;	5	60,71	2	5	5	5	6	5
Réduit le fonctionnement top-down et favorise l'équivalence et l'accessibilité	6	86,90	2	6	6	6	6	7
La pair aideance a une <u>plus value pour le patient</u>, car elle permet son empowerment grâce à l'échange d'outils, de bonnes pratiques, de connaissances sur la maladie, de conseils pour le rétablissement avec un langage adapté ;	7	94,05	1	7	6	6	6,5	7
facilite la psychoéducation ;	6	82,14	2	6	6	6	7	6
lui apporte de l'espoir et des perspectives, car elle permet de s'identifier à un patient qui s'est rétabli : exemple de réussite, preuve que c'est possible, qui donne de la confiance, de l'espoir ;	7	93,45	1	7	7	7	7	7

l'aide à rompre l'isolement ou la solitude et à élargir le réseau social;	6	87,50	2	6	6	6	7	7
offre un soutien dans la trajectoire de soins, notamment quand ça ne va pas, dans les moments difficiles ;	6	88,69	2	6	6	6	6	7
permet de libérer sa parole car il se sent écouté sans jugement, avec bienveillance et empathie (lien de confiance).	7	91,07	1	7	7	6	6	7
La pair aidance a également une plus value au niveau <u>du pair aidant</u> lui-même, car elle favorise également son propre rétablissement, notamment en renforçant son estime de soi, en lui fournissant reconnaissance, satisfaction d'aider, d'être utile, en donnant du sens à ses propres difficultés ;	7	91,67	1	7	7	6	6	7
aide à sa réinsertion, en lui donnant une place dans la société (sentiment d'appartenance), en donnant un but et du sens à ses journées, en l'intégrant dans un parcours d'apprentissage et de formation.	7	91,67	1	7	7	7	6	7
Apport /sécurité/opportunités financières grâce à un statut adapté (temps partiel flexible, etc.)	5	67,26	3	5	6	5	6	6
Le pair aidant doit bénéficier de soutien logistique : disposer de bureaux, locaux de réunions aménagés de manière conviviale, dans un endroit sûr et accessible, mobilier, matériel pour activité, outils informatiques...	7	85,12	2	7	7	6	7	7
Le pair aidant doit bénéficier de soutien financier : frais de transport et frais de fonctionnement,	7	91,67	1	7	7	7	7	7
salaire selon un barème défini.	7	80,95	2	7	7	7	7	7
Le pair aidant doit bénéficier de soutien en termes de ressources humaines (intégration socio-professionnelle dans les équipes/organisations dans lesquels ils sont employés)	7	88,69	1	7	7	7	7	7

Le pair aidant doit être intégré dans un réseau de pairs aidants et d'associations qui soutiennent la pair aidance (associations professionnelles et centres de soutien / d'expertise), assurant une disponibilité partout et pour tous les troubles de la santé mentale.	7	85,71	1	7	7	7	7	7
Ce réseau doit soutenir le pair aidant en termes de communication : sensibilisation du grand public (briser les tabous)	7	89,88	1	7	7	6	7	7
auprès des professionnels de la santé (mentale) afin que ceux-ci reconnaissent les pairs aidants comme partenaires dans la prise en charge du patient	7	90,48	1	7	7	6	7	7
auprès des patients : diffusion des activités et des coordonnées de contact des pairs aidants	7	85,71	1,7 5	7	7	6	7	7
Afin d'être organisée de manière professionnelle, la pair aidance doit bénéficier d'un statut , (sur base d'une description de fonction)	7	87,50	1	7	7	7	7	7
Cette description de fonction doit définir les droits et devoirs (par ex. secret professionnel) du pair aidant,	7	93,45	0	7	7	7	7	7
les limites de la fonction et	7	88,69	1	7	7	7	7	7
les besoins en formation (reconnaissance sur base d'une formation)	6	70,24	3	5,5	7	7	7	5
La formation devrait comporter notamment les éléments suivants : des éléments théoriques concernant les troubles de santé mentale (notamment le vocabulaire permettant de dialoguer avec les professionnels), le rétablissement, les pratiques evidence based, pratiques innovantes, l'offre de soins, les outils disponibles ...	7	85,71	2	6	7	6	7	6
des éléments pratiques de communication et de dynamique de groupe : expression orale, prise de parole en public, entretien motivationnel, écoute active ;	7	91,07	1	7	7	7	7	7

des éléments de déontologie (secret professionnel, RGPD)	7	91,07	1	7	7	7	7	7
des éléments relatifs au réseau dans lequel il fonctionne : fonctions disponibles, place et limites de la fonction par rapport aux autres, échanges avec les autres professionnels, fonctionnement d'une équipe ...	7	85,71	1	6	7	7	7	7
des éléments relatifs au bien être du pair aidant : savoir fixer les limites de son engagement (notamment limites entre relation amicale et professionnelle), avoir le recul suffisant par rapport à son propre vécu, garder une hygiène de vie (temps pour soi, être à l'écoute de ses propres besoins...)	7	90,48	1	7	7	7	7	7
Ces formations peuvent être organisées par les associations de patients indépendamment.	5	58,93	3	6	4,5	4	6	6
Pour conserver le statut, le pair aidant devrait également bénéficier d'interventions, de supervision et de formation continue.	7	82,14	2	6	7	6	6	7
Ce statut permettrait : d'améliorer la légitimité, la crédibilité et la reconnaissance du pair aidant parmi les autres professionnels de la santé (fonction intégrée dans le panel des fonctions possibles) et de mieux identifier sa place parmi eux ;	7	88,69	1	7	7	6	7	7
de protéger à la fois le patient et le pair aidant,	7	89,88	1	7	7	7	7	7
rassurer les patients, les employeurs et les autres professionnels, et réduire la stigmatisation dont peuvent encore faire l'objet les pairs aidants ;	7	85,12	1	6	7	6	7	7
de donner une juste rémunération du pair aidant (définition de barèmes).	7	87,50	1	7	7	7	7	7
Un cadre légal n'est pas nécessaire pour l'organisation de groupes d'entraide (une charte ou une vision déontologique informelle suffit)	4	47,02	3	5	4	4	3	5

Annexe 4 : Etude Delphi – Déclarations et résultats (3^{ème} tour - déclarations rejetées)

	Ecart Interquartile	MEDIANE						%>4					
		TOTAL	FR	NL	Pairs aidants	Prof.	Patients	TOTAL	FR	NL	Pairs aidants	Prof.	Patients
1. La pair aide peut répondre à différents besoins des patients : interrogations et besoin d'informations (en complément de celles fournies par les professionnels);	2	6	7	6	7	6	7	81,90	82,86	81,48	83,61	79,07	91,30
2. En cas de besoin, aide pratique au quotidien	2	5	6	4	4,5	5	6	53,45	71,43	45,68	50,82	53,49	60,87
3. Actuellement, les pairs aidants soutiennent les patients en cas de longue liste d'attente (même si ça ne devrait pas être leur rôle)	3	5	4	5	5	5	5	53,45	45,71	56,79	55,74	53,49	60,87
4. Ce n'est pas le rôle du pair aidant de faciliter le lien de confiance avec le prestataire de soins conventionnel	3	4	4	4	4	4	5	45,69	37,14	49,38	47,54	41,86	52,17
5. Ce n'est pas le rôle du pair aidant de créer une confiance dans le parcours de soins conventionnel	2	4	4	4	4	4	4	43,10	31,43	48,15	47,54	32,56	47,83

6. Ce n'est pas le rôle du pair aidant de réduire les réticences à entrer dans un parcours de soins conventionnel	3	4	4	4,5	4	4	5	43,10	28,57	49,38	42,62	39,53	56,52
7. Ce n'est pas au pair aidant de débloquer une situation difficile dans un parcours de soins conventionnel (peu de progrès)	3	4	4	4	4	5	5	45,69	40,00	48,15	37,70	51,16	60,87
8. La pair aideance offre une forme de soutien complémentaire qui : Peut faciliter, dans certains cas, le lien entre le patient et les professionnels de santé mentale, entre le bénéficiaire et l'équipe de soins	2	6	6	6	6	6	6	83,62	82,86	83,95	86,89	95,35	65,22
9. Soutient l'engagement dans le parcours de soins, le respect de la trajectoire (compliance)	3	6	6	6	5,5	6	6	74,14	80,00	71,60	75,41	79,07	56,52
10. est une offre de soutien plus accessible	2	6	6	6	6	6	6	82,76	88,57	80,25	90,16	74,42	86,96
11. La pair aideance a également une plus value au niveau du pair aidant lui-même, car elle crée des apports financiers en cas de rémunération	3	6	7	6	6	6	7	72,41	74,29	71,60	65,57	74,42	91,30

12. Ce réseau doit soutenir le pair aidant en termes de communication : diffusion et communication des activités pour les patients	2	7	7	6	7	6	7	90,52	94,29	88,89	93,44	88,37	95,65
13. Cette description de fonction doit définir les compétences acquises (reconnaissance via des aptitudes et des connaissances	2	6	7	6	6	6,5	7	86,21	91,43	83,95	86,89	88,37	91,30
14. Les formations proposées (par exemple, des ateliers thématiques) doivent se concentrer sur : Les aspects théoriques, axés sur la pratique et dans un langage compréhensible, liés aux troubles mentaux, au rétablissement, aux pratiques evidence based, aux pratiques innovantes, à l'offre de soins, aux outils disponibles....	2	6	7	6	6	6	7	83,62	85,71	82,72	86,89	76,74	91,30
15. Un cadre juridique est nécessaire pour la reconnaissance et la protection des groupes d'entraide et de leurs participants.	2	7	7	7	7	7	7	84,48	85,71	83,95	86,89	81,40	100,00

Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet (www.hgr-css.be). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : info.hgr-css@health.belgium.be.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement