Journal of MENTAL HEALTH

http://tandfonline.com/ijmh
ISSN: 0963-8237 (print), 1360-0567 (electronic)

J Ment Health, Early Online: 1–6
© 2017 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group. DOI: 10.1080/09638237.2017.1340593

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group
Check for updates

ORIGINAL ARTICLE

The growth of peer support: an international charter

Anthony C. Stratford[1], Matt Halpin[2], Keely Phillips[3], Frances Skerritt[4], Anne Beales[5], Vincent Cheng[6], Magdel Hammond[7], Mary O'Hagan[8], Catherine Loreto[9], Kim Tiengtom[10], Benon Kobe[11], Steve Harrington[12], Dan Fisher[13], and Larry Davidson[14]

[1]Senior Advisor Lived Experience, Mind Australia, Melbourne, Australia, [2]Lived Experience Workforce, Health Department of Southern Australia, Adelaide, Australia, [3]Canadian Mental Health Association National Office, Toronto, ON, Canada, [4]Interrelate, Montreal, Canada, [5]Together Charity, Oxford, UK, [6]New Life Psychiatric Association, Hong Kong, [7]Connect Supporting Recovery, Wellington, New Zealand, [8]Mary O'Hagan Consulting, Wellington, New Zealand, [9]Singapore Association for Mental Health, Singapore, [10]Thai Family Link Association, Nonthaburi, Thailand, [11]Hearts and Sounds, Kampala, Uganda, [12]International Association of Peer Workers, Grand Rapids, MI, USA, [13]National Empowerment Center, Boston, MA, USA, and [14]Director of the Yale Program for Recovery and Community Health, New Haven, CT, USA

Traduction : https://www.globaldisabilityjustice.org/

Résumé

Objectif : Bien que le soutien par les pairs en santé mentale, sous sa forme contemporaine, ait vu le jour dans les pays anglophones, il se répand aujourd'hui rapidement à travers le monde. Cette croissance rapide soulève deux défis majeurs. Le premier concerne l'intégrité du rôle et le second, la possible dépendance culturelle du soutien par les pairs ; une préoccupation qui accompagne son émergence dans des pays aux visions du monde très différentes.

Méthode : Face à l'essor du soutien par les pairs et aux défis qui en découlent, ce rapport est issu d'une réunion d'un consortium international de pairs aidants issus des six continents (à l'exception de l'Antarctique). Après une analyse de l'état du soutien par les pairs à l'échelle mondiale, ce groupe s'est attaché à dégager un consensus sur un ensemble commun de principes et de valeurs directeurs afin de garantir un avenir solide pour le développement de formes de soutien par les pairs efficaces et adaptées aux réalités culturelles.

Résultats : Les principes, valeurs et pratiques clés jugés essentiels au soutien par les pairs sont présentés.

Conclusions et implications pour la pratique : Si un soutien politique et communautaire suffisant est obtenu, l'expansion du soutien par les pairs à travers le monde pourrait susciter un enthousiasme considérable. Les pairs aidants sont toutefois encouragés à développer et à offrir un soutien par les pairs en respectant les valeurs fondatrices de ce soutien, dans un cadre de droits civiques et de justice sociale, et en tenant compte des perspectives culturelles locales.

Mots-clés : Soutien par les pairs, rôle, intégrité, droits, culture, vision du monde, global, perspective

Historique
Reçu le 25 avril 2016
Révisé le 17 janvier 2017
Accepté le 14 mars 2017
Publié en ligne le 22 juin 2017

Introduction

Pour une personne ayant longtemps souffert d'incompréhension au sein du système de santé mentale, le soutien par les pairs est une véritable bouffée d'air frais et peut lui sauver la vie. Dans 90 % des cas, j'ai simplement besoin de parler à quelqu'un qui peut vraiment me comprendre et me proposer des solutions qu'il a lui-même utilisées pour surmonter des expériences similaires. (Intervenant en soutien par les pairs cité dans Stamou, 2014, p. 167)

Le sentiment exprimé ci-dessus met en lumière deux caractéristiques essentielles des formes actuelles de soutien par les pairs en santé mentale : (1) les personnes qui partagent des expériences similaires peuvent également partager une compréhension commune de ces expériences et, de ce fait, s'entraider efficacement ; (2) ce sentiment de compréhension mutuelle peut être particulièrement précieux lorsqu'il s'inscrit dans un contexte plus large de sentiment d'incompréhension. En effet, sous sa forme contemporaine, le soutien par les pairs s'est initialement développé en réaction à un système de santé mentale inadapté, voire parfois néfaste, au sein duquel de nombreuses personnes se sentaient non seulement incomprises, mais aussi mal jugées et maltraitées. Cependant, à mesure que le soutien par les pairs se répand à travers le monde, il s'implante dans des contextes divers, aux histoires très différentes, et est intégré à des systèmes de soins, ou à des structures alternatives, ou à des systèmes de soins très différents, voire absents de ces derniers. À mesure qu'il se développe, il sera important que le soutien par les pairs prenne en compte ces différentes histoires et cultures, tout en préservant son intégrité en tant que forme de soutien social de proximité.

À cette fin, les auteurs de ce rapport, représentant le leadership par les pairs sur six continents, se sont réunis lors de plusieurs rencontres afin d'élaborer un ensemble de valeurs, de principes et de pratiques directeurs. Ce cadre vise à préserver l'intégrité du rôle du soutien par les pairs, tout en reconnaissant la nécessité de son adaptation aux différents contextes. Il en a résulté une charte pour la diffusion du soutien par les pairs à travers le monde, que nous présentons ci-dessous, dans l'espoir qu'elle soit particulièrement utile dans les pays où le soutien par les pairs n'émane pas des usagers des services ou de la communauté d'entraide, mais est importé d'ailleurs. Nous commencerons toutefois par une brève introduction historique, incluant une série de questions que cette histoire soulève, afin de contextualiser la description de ce cadre.

Contexte

Sous sa forme actuelle, le soutien par les pairs trouve ses racines dans le mouvement des anciens patients/survivants de la psychiatrie, apparu dans les années 1970 dans les pays anglophones. Ce mouvement comprenait l'entraide et d'autres activités menées par les usagers, telles que des actions de plaidoyer pour modifier les lois relatives à l'hospitalisation et au traitement sans consentement (O'Hagan, 2011). Cette période coïncidait avec l'émergence de mouvements pour les droits civiques parmi les personnes d'origine africaine, les femmes, la communauté LGBTQ+ et les peuples autochtones. Tous ces mouvements sociaux partageaient des expériences d'oppression et une quête d'autodétermination au sein d'une population marginalisée, voire considérée comme « de seconde zone ». En santé mentale, ce nouveau courant s'appuyait sur une vision critique du rôle de la psychiatrie dans la société, s'opposant aux pratiques prétendument thérapeutiques qui visaient en réalité à contraindre les individus à se conformer aux exigences d'une société qu'ils étaient légitimement en droit de remettre en question (Chamberlin, 1978). Face aux limites et aux méfaits des systèmes de santé mentale, l'accent a été mis sur la transformation de ces systèmes et la mise en place d'alternatives d'entraide (Archibald, 2008 ; Burstow & Weitz, 1988 ; Everett, 2000 ; Leblanc & St-Amand, 2008 ; O'Hagan, 1994).

L'entraide par les pairs n'a été intégrée au système formel de santé mentale qu'à la fin des années

1980, lorsque de plus en plus de professionnels de la santé mentale ont constaté l'impact positif des interactions entre pairs en dehors des structures de soins. Les premières initiatives envisageaient le rôle des pairs aidants comme assistants de gestionnaires de cas ou assistants du personnel (Nikkel et al., 1992 ; Sherman & Porter, 1991), et l'on espérait alors que leur recrutement contribuerait autant à faire évoluer la culture des services de santé mentale qu'à aider les personnes en détresse (Davidson et al., 1997). Ces premières initiatives ont rapidement cédé la place à une nouvelle forme de soutien par les pairs, définie par les pairs eux-mêmes. Ce soutien, axé sur la réciprocité et la guérison plutôt que sur la simple « aide » (Mead et al., 2001), est aujourd'hui perçu par beaucoup comme un complément, et non une alternative, aux services existants. Depuis, le soutien par les pairs est devenu le secteur de la santé mentale connaissant la croissance la plus rapide, avec une offre aussi importante, voire plus importante, au sein du système de santé mentale qu'à l'extérieur, là où il a vu le jour (Davidson, 2015).

Cette croissance rapide au sein du système de santé mentale a suscité des inquiétudes chez de nombreux acteurs du soutien par les pairs quant à une potentielle perte d'intégrité, notamment concernant la définition précise du soutien par les pairs et ses limites, ainsi que sa relation avec les interventions plus conventionnelles proposées par les professionnels de la santé mentale d'autres disciplines. Surtout lorsque les organismes de santé mentale embauchent des pairs aidants par effet de mode, sans bien cerner la valeur ajoutée spécifique de ce rôle, ces pairs aidants finissent par effectuer les mêmes tâches que les autres membres du personnel (par exemple, la gestion de cas), généralement pour une rémunération moindre. Cette situation a conduit certains employés non pairs à percevoir le soutien par les pairs comme une menace pour leur emploi, tandis que certains décideurs politiques y voient un moyen de réduire les coûts de la santé mentale (Braslow, 2013). Un pair aidant britannique a ainsi exprimé une préoccupation majeure : « Avec la perte fréquente du leadership des usagers au sein des structures formelles dirigées par des professionnels, le soutien par les pairs risque de perdre son essence, son authenticité » (Stamou, 2014, p. 169).

Cette préoccupation fondamentale concernant l'« intégrité du rôle » du soutien par les pairs (Scott, 2011) peut être interprétée de différentes manières. Premièrement, les pairs aidants s'appuient-ils sur leur propre expérience de rétablissement pour accompagner les personnes qu'ils soutiennent ? Si oui, comment ? Cette question est importante car certains pairs aidants ont rapporté que leurs superviseurs non pairs leur avaient interdit de divulguer leurs propres expériences de troubles de santé mentale, sous prétexte de « violer les limites professionnelles ». Or, comme l'ont suggéré d'autres pairs aidants britanniques : « En règle générale, si une fonction peut être exercée sans expérience personnelle de troubles de santé mentale, il ne s'agit pas d'un rôle de soutien par les pairs » (Beales & Wilson, 2014, p. 5).

Des questions importantes ont également été soulevées concernant la nature des relations entre les pairs aidants et leur environnement de travail. Leur présence et leur efficacité ont-elles une influence positive sur la culture de l'organisation qui les emploie ? Ou bien, les pairs aidants sont-ils « cooptés » par la culture organisationnelle (Alberta & Ploski, 2014 ; Alberta et al., 2012 ; Davidson et al., 1997 ; Gillard et al., 2013 ; Stamou, 2014), perdant ainsi leur rôle et leur influence uniques, et devenant simplement la dernière personne en date à mal comprendre les personnes qu'ils sont censés servir ? Ou encore, troisième possibilité : la présence de pairs aidants au sein du système de santé mentale a-t-elle exercé une influence si profonde sur la culture de ces organisations que les personnes ne se sentent plus incomprises ? L'introduction du soutien par les pairs a-t-elle amélioré la culture et la qualité des soins en santé mentale au point qu'il a perdu son rôle et son influence uniques, car il n'est plus perçu comme une rupture radicale avec l'expérience des patients recevant des soins de santé mentale de la part d'autres professionnels (non pairs aidants) ? Bien que certains praticiens et responsables de systèmes dans le monde anglophone semblent considérer ce type de « transformation » des soins de santé mentale vers une orientation vers le rétablissement comme un objectif déjà atteint, nous sommes d'avis que les systèmes de santé mentale du monde entier sont

encore à au moins une génération d'avoir atteint un degré de réforme aussi important. Par conséquent, il reste un travail considérable à accomplir pour les pairs aidants, ainsi que pour les autres acteurs du rétablissement, afin de faire évoluer les systèmes de soins, passant de la réduction et du maintien des symptômes à une véritable approche du rétablissement. Ce n'est qu'à cette condition que les personnes souffrant de troubles mentaux se sentiront probablement moins incomprises.

Outre cette question d'intégrité, la diffusion du soutien par les pairs à travers le monde a soulevé une autre préoccupation majeure quant à sa nature, exprimée par les pairs aidants dans les pays non anglophones. Ils s'interrogent sur la part culturellement spécifique et la portée plus universelle du soutien par les pairs. À titre d'exemple, dans les pays anglophones, le soutien par les pairs met l'accent sur le rôle de l'autodétermination et du choix dans le rétablissement et les soins axés sur le rétablissement. Ce type de soutien vise principalement à aider les personnes à identifier leurs espoirs, leurs rêves et leurs aspirations, puis à plaider pour que leurs soins de santé mentale tiennent compte de ces préoccupations et préférences. Les pairs aidants issus de cultures plus collectivistes et centrées sur la famille trouvent cette approche étrangère à leur mode de pensée, car elle propose un idéal pour les personnes en rétablissement qui ne serait ni attendu ni souhaité par le reste de leur société. En Chine, par exemple, les adultes n'ayant pas souffert de troubles mentaux sont censés déléguer le pouvoir de décision sur les questions importantes aux aînés de leur famille. Pourquoi les attentes seraient-elles différentes pour les personnes en rétablissement (cf. Davidson & Tse, 2014) ? Si des aspects aussi fondamentaux du soutien par les pairs, comme le choix et l'autodétermination, peuvent être remis en question, que reste-t-il d'essentiel à ce soutien qu'il faut préserver ?

Face à ces deux préoccupations, un consortium international de pairs aidants s'est réuni pour élaborer une charte internationale définissant les valeurs, les principes et les pratiques du soutien par les pairs. Notre objectif était de garantir que, malgré son développement, le soutien par les pairs reste fidèle à ses valeurs fondatrices et se distingue des autres services de santé mentale qui ne s'appuient pas principalement sur l'expérience de vie de la personne. Parallèlement, nous comprenons que le soutien par les pairs doit être suffisamment flexible pour s'appuyer sur les valeurs fondamentales de chaque culture au sein de laquelle il émerge et les refléter, en se développant de la base vers le sommet à partir des forces autochtones existantes, plutôt que de manière descendante, prolongeant ainsi la forme biomédicale du colonialisme qui gangrène les efforts actuels en matière de santé mentale mondiale (cf. Drake & Whitley, 2014).

Un consensus se dessine quant à l'importance des droits. L'élaboration de la charte a été initiée suite à une conférence internationale sur l'implication des pairs qui s'est tenue à Hong Kong en 2014. Lors de cette conférence, des représentants de plusieurs pays asiatiques ont manifesté leur intérêt pour découvrir comment le soutien par les pairs se développait ailleurs. Après une série de discussions internationales par Skype entre les participants de ces pays, ainsi qu'avec des pairs aidants d'Australie, de Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, du Canada, d'Afrique et des États-Unis, et des sessions en présentiel plus restreintes lors d'autres conférences, une charte a été élaborée. Celle-ci identifie les valeurs et principes clés intrinsèques au soutien par les pairs et décrit certaines des pratiques essentielles qui y sont associées, en suggérant des points communs et des différences avec les pratiques offertes par d'autres professionnels de la santé mentale.

Les discussions au sein de ce groupe ont porté sur les préoccupations décrites ci-dessus, ainsi que sur les différences de contexte entre les pays. Dans le monde anglophone, par exemple, le soutien par les pairs se développe soit en complément, soit en alternative à un système existant de services communautaires, même si ce système est sous-financé et se concentre principalement sur la réduction des symptômes (plutôt que sur le rétablissement). En revanche, dans les pays africains et asiatiques, les soins sont souvent principalement hospitaliers, le soutien par les pairs apparaissant comme le seul service communautaire, ou l'un des rares. Il est également rare que ces pays

disposent de mouvements d'usagers établis, les pairs aidants étant souvent les premiers modèles de rétablissement auxquels les autres professionnels, ainsi que les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs familles, sont exposés. Outre le fait de devoir travailler en l'absence relative de soins ambulatoires, ces facteurs exercent une pression supplémentaire sur les pairs aidants, qui doivent répondre aux besoins de nombreuses personnes. En Occident, les pairs aidants se trouvent dans une situation ambiguë, tiraillés entre les groupes d'entraide et les professionnels de la santé mentale (non pairs). Chaque situation présente ses propres défis.

Enfin, il est important de reconnaître que cette charte n'apporte pas de réponses définitives à toutes les questions relatives à la diffusion mondiale du soutien par les pairs. Nous continuons, par exemple, à nous pencher sur la question de la réciprocité dans les relations entre les pairs aidants et les personnes qu'ils soutiennent. Avant d'être intégré au système de santé mentale sous l'appellation de « soutien par les pairs », le principe de mutualité inhérent au soutien mutuel ne posait aucun problème d'un point de vue éthique. Dans le contexte du mouvement des anciens patients/survivants, les deux parties avaient choisi d'établir une relation volontaire de soutien mutuel. Des questions subsistent quant à la capacité du soutien par les pairs à maintenir ce principe de mutualité lorsqu'une personne est formée et embauchée pour soutenir une autre personne qui n'a pas choisi d'établir cette relation dans l'intention de rendre la pareille. La mutualité ne peut être imposée, et les pairs aidants travaillant pour des organismes de santé mentale représentent à la fois l'organisme et eux-mêmes, ce qui engendre des complications supplémentaires, notamment en matière de confidentialité et de responsabilité.

Face à ces préoccupations, et à d'autres concernant une potentielle perte d'authenticité, de nombreux pairs aidants impliqués dans la charte ont insisté sur la nécessité de sensibiliser les nouveaux venus dans le domaine au fait que le soutien par les pairs s'inscrit fondamentalement dans un cadre de droits civiques et de justice sociale, toujours pertinent pour la pratique quotidienne des pairs aidants. Malheureusement, cette préoccupation trouve également son origine dans le passé : ce n'est pas la première fois que des initiatives impliquant, et parfois initiées par, des personnes ayant une expérience vécue de la maladie mentale et du rétablissement sont reprises, puis diluées ou déformées par des systèmes de santé mentale bien intentionnés, mais malavisés (Davidson et al., 2010).

Un exemple frappant nous ramène à la naissance même de la psychiatrie à la fin du XVIIIe siècle. La plupart des historiens attribuent la fondation de la psychiatrie à Philippe Pinel, médecin français devenu médecin-chef de l'hôpital du Bicêtre à Paris peu après le début de la Révolution française. L'acte de Pinel, qui libéra les pensionnaires de cet asile de leurs chaînes et les traita avec dignité et respect, fut perçu comme l'incarnation de cette révolution et des Lumières qui l'avaient engendrée, inaugurant ainsi l'ère du « traitement moral ». Pourtant, à y regarder de plus près, il apparaît que les pensionnaires du Bicêtre étaient déjà libérés de leurs chaînes avant l'arrivée de Pinel. L'une des stratégies centrales mises en œuvre par Jean-Baptiste Pussin, directeur du Bicêtre, qui lui permit de transformer cet hôpital en l'un des premiers établissements de traitement moral, consistait à embaucher d'anciens patients pour travailler dans les services (Davidson et al., 2010). Ce principe fondateur du « traitement moral » a depuis été largement oublié, tout comme l'expérience personnelle de Dorothea Dix, atteinte de graves troubles mentaux, qui la conduisit à militer pour la création d'hôpitaux d'État dans les années 1840.

Bien que cela ne soit pas toujours explicitement reconnu, nous estimons que la sagesse acquise grâce à l'expérience vécue de la maladie mentale et du rétablissement, transmise par le soutien par les pairs, a toujours été et demeure essentielle au développement et à la prestation de soins de santé mentale humains et bienveillants. Il est important de reconnaître le rôle central de l'expérience vécue et du soutien par les pairs afin qu'ils continuent de jouer un rôle humanisant et bénéfique dans la transformation des soins de santé mentale. L'histoire nous a montré comment ces éléments

cruciaux peuvent être négligés dans les institutions et les systèmes sous-financés. Les rédacteurs de cette charte étaient fermement convaincus que nous devions tous rester vigilants afin d'éviter que cela ne se reproduise.

Ainsi, même si les formes actuelles de soutien par les pairs n'ont émergé qu'à la fin des années 1980, dans le cadre d'un mouvement pour les droits civiques mené par des personnes en rétablissement, le soutien par les pairs existe, de manière plus ou moins visible, au sein du système de santé mentale depuis la naissance même des soins de santé mentale, il y a plus de 200 ans. La manière dont cette composante spécifique des soins s'articule avec d'autres aspects de notre contexte actuel – tels que les médicaments, les traitements involontaires et un éventail d'interventions psychosociales – sera abordée plus loin, dans le but d'optimiser la contribution du soutien par les pairs à l'avenir de la santé mentale. Nous envisageons cette contribution non seulement pour le rétablissement des personnes et des familles en détresse, mais aussi pour la revitalisation d'un domaine que beaucoup estiment avoir dévié de son objectif, en raison, au moins en partie, du silence imposé à ces mêmes voix que nous défendons aujourd'hui.

Charte

Définition du soutien par les pairs

Aux fins de la présente charte, les pairs aidants sont définis comme des personnes ayant vécu des problèmes de santé mentale et qui sont en voie de rétablissement ou qui l'ont achevé. Dans leur rôle de pairs aidants, ils utilisent leur expérience personnelle, ainsi qu'une formation et une supervision pertinentes, pour faciliter, guider et accompagner le parcours de rétablissement d'une autre personne en insufflant de l'espoir, en incarnant le rétablissement et en soutenant les personnes dans leurs efforts pour retrouver une vie riche de sens et d'épanouissement au sein de la communauté de leur choix.

Principes clés de la mise en œuvre du soutien par les pairs

Pour que le soutien par les pairs conserve son rôle unique et son intégrité en tant que processus piloté par les pairs, il devra incarner les principes suivants :

(1) Le soutien par les pairs repose sur une perspective de droits humains et civiques. Il vise principalement à donner aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale les moyens de se considérer comme des acteurs clés de leur propre rétablissement. Le soutien par les pairs est offert avec respect, permettant ainsi aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de se sentir comme des membres utiles et actifs de leur communauté.
(2) Le soutien par les pairs n'a pas pour fonction de contrôle social, mais favorise la dignité et l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale. En tant qu'agents d'autonomisation, les pairs aidants s'efforcent de préserver et de renforcer l'autonomie et la capacité de décision des personnes qu'ils accompagnent. Même en période de crise ou lorsque des mesures coercitives sont mises en œuvre, le rôle du pair aidant est avant tout de défendre la personne, sa dignité, ses préférences et ses souhaits, y compris lorsque ces derniers souhaitent que des personnes de confiance interviennent.
(3) La crédibilité et l'utilité du rôle de pair aidant reposent principalement sur l'expérience de vie de la personne concernée, marquée par l'adversité et le rétablissement. Les pairs aidants s'appuient sur les leçons apprises et les forces acquises grâce à leur propre capacité à surmonter l'adversité pour inspirer, encourager, servir de modèle et accompagner d'autres personnes confrontées à des difficultés similaires. Bien qu'ils puissent acquérir des compétences et des connaissances supplémentaires par le biais de formations et de supervisions, celles-ci viennent enrichir et développer le socle de leur expérience vécue, et

non le remplacer ou le supplanter.

(4) Les relations de soutien par les pairs sont, par définition, réciproques. Pour que le soutien par les pairs soit efficace, les pairs aidants doivent considérer les personnes qu'ils accompagnent comme des « pairs », c'est-à-dire comme des êtres humains à part entière partageant avec elles une même humanité. Ces relations ne peuvent donc pas être hiérarchiques, contrairement aux relations avec le personnel de santé mentale qui l'ont été historiquement, même si le pair aidant est rémunéré (ou bénévole) pour ce rôle. Les pairs aidants reconnaissent qu'ils s'enrichissent et bénéficient de leurs relations avec les personnes qu'ils accompagnent autant qu'ils y contribuent, que la personne accompagnée soit consciente ou non de ces bienfaits pour le pair aidant.

Valeurs fondamentales du soutien par les pairs

Le soutien par les pairs repose sur les valeurs fondamentales suivantes :

(1) Équité. Les pairs aidants considèrent les personnes qu'ils accompagnent comme leurs égales en termes de valeur humaine, de dignité et d'appartenance à la société.
(2) Espoir. Les pairs aidants communiquent, responsabilisent et insufflent de l'espoir aux autres en apportant la preuve concrète que le rétablissement et l'intégration sociale restent possibles pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale.
(3) Confiance. Les pairs aidants s'efforcent de gagner et de préserver la confiance des personnes qu'ils accompagnent. En retour, ils leur témoignent également leur confiance, convaincus que chacun fait de son mieux pour vivre dignement au quotidien.
(4) Respect. Les pairs aidants manifestent un profond respect pour les personnes qu'ils accompagnent, reconnaissant leur valeur en tant qu'êtres humains.
(5) Acceptation et compréhension. Les pairs aidants s'efforcent d'accepter et de comprendre les personnes qu'ils accompagnent sans jugement ni critique.
(6) Expériences et responsabilités partagées. Le soutien par les pairs repose sur la conviction que surmonter l'adversité est possible grâce à l'effort personnel conjugué au soutien d'autrui bienveillant et compatissant. Forts d'une histoire d'expériences partagées, les pairs aidants partagent la responsabilité du rétablissement avec les personnes qu'ils accompagnent, collaborant à la construction d'une vie qui a du sens pour eux.

Pratiques fondamentales du soutien par les pairs

Quel que soit le rôle ou le contexte de travail d'un pair, le soutien par les pairs repose sur les pratiques fondamentales suivantes :

(1) Les pairs encouragent et valorisent la résilience, les atouts et les talents de chaque personne.
(2) Les pairs aident les personnes à prendre en main leur vie et leurs décisions, même si ces décisions impliquent de confier un rôle important à d'autres personnes (famille, aînés, etc.).
(3) Les pairs se concentrent sur les aspects de santé et de qualité de vie les plus importants pour les personnes qu'ils accompagnent.
(4) Les pairs militent pour des changements, tant au sein des systèmes de soins que dans la société en général, afin d'éliminer la discrimination, d'élargir les possibilités, les ressources et le soutien, et d'améliorer la qualité des soins offerts aux personnes souffrant de troubles de santé mentale.

En quoi le soutien par les pairs diffère-t-il des soins conventionnels ?

Une lecture superficielle des pratiques fondamentales décrites ci-dessus pourrait laisser croire que le personnel non pair peut accomplir toutes les fonctions du soutien par les pairs, sans pour autant être

un pair. Selon cet argument, tous les soins de santé mentale devraient s'appuyer sur les forces du client, l'encourager à prendre sa vie en main, se concentrer sur les résultats qui comptent le plus pour lui et plaider en faveur de changements dans les systèmes de soins et la société en général. Toutefois, ces pratiques fournissent le cadre nécessaire à la prestation de soutien par les pairs, mais elles ne constituent pas le soutien par les pairs en soi. Rappelons la « règle empirique » suggérée par Beales et Wilson ci-dessus : « Si un rôle peut être assumé sans expérience vécue de troubles de santé mentale, il ne peut s'agir de soutien par les pairs » (2014, p. 5). Ce qui distingue ces pratiques lorsqu'elles sont mises en œuvre par des pairs, c'est qu'elles s'appuient sur l'expérience de vie de ces derniers et sont proposées, avec l'humilité requise, sur cette base. Comme l'illustre la citation en introduction de cet article, le soutien par les pairs « peut offrir des solutions que [les pairs] ont eux-mêmes utilisées pour surmonter des expériences similaires » (plutôt que des solutions issues d'essais contrôlés randomisés ou de manuels).

Si l'expérience vécue confère au soutien par les pairs une crédibilité immédiate souvent absente des interventions menées par des professionnels, il peut néanmoins faire l'objet d'un examen scientifique, comme l'ont montré des études récentes (Chinman et al., 2014 ; Repper & Carter, 2011). Les pairs ne s'opposent pas aux « preuves » en soi, mais privilégient les preuves issues de la pratique aux pratiques fondées sur des preuves. Plus important encore, les pairs ont appris, par leur propre expérience, les limites des soins conventionnels. Ils s'intéressent aux moyens permettant aux personnes de mieux prendre soin d'elles-mêmes et de mener une vie aussi épanouissante que possible en l'absence de « remèdes » ou de traitements plus efficaces, suggérant que l'humilité avec laquelle ils offrent leur propre soutien devrait également s'étendre à l'ensemble des soins de santé mentale.

Discussion

Alors que le soutien par les pairs se répand à travers le monde, il reste encore beaucoup à apprendre sur la manière de préserver les valeurs et les principes fondamentaux de cette forme de soins tout en l'adaptant aux spécificités culturelles des communautés où il s'inscrit. Issu d'un mouvement communautaire de base axé initialement sur les droits humains et la restauration de la dignité humaine, le soutien par les pairs, tel que conçu par ses responsables, est essentiel à sa recréation constante, fondée sur les forces, les aspirations et les efforts des populations concernées. C'est la seule façon de préserver son authenticité, non seulement en favorisant le rétablissement de chaque individu par le biais des échanges entre pairs, mais aussi en tant que mouvement social visant à transformer un système de santé mentale qui n'a pas encore pleinement intégré la valeur et la sagesse tirées des expériences de vie des personnes en rétablissement.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts potentiel.

ORCID

Larry Davidson http://orcid.org/0000-0003-1183-8047

References

Alberta AJ, Ploski RR. (2014). Cooptation of peer support staff: Quantitative evidence. Rehab Process Outcome, 3, 25–9.

Alberta AJ, Ploski RR, Carlson SL. (2012). Addressing challenges to providing peer-based recovery support. J Behav Health Serv Res, 39, 481–91.

Archibald M. (2008). Institutional environments, sociopolitical processes, and mental health

organizations: The growth of self-help/mutual-aid. Sociol Forum, 23, 84–115.
Beales A, Wilson J. (2014). Peer support – The what, why, who, how and now. London: Service User Involvement Directorate, Together For Mental Wellbeing.
Braslow J. (2013). The manufacture of recovery. Ann Rev Clin Psychol, 9, 781–809.
Burstow B, Weitz D. (Eds.). (1988). Shrink resistant: The struggle against psychiatry in Canada. Vancouver: New Star Books.
Chamberlin J. (1978). On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system. New York: McGraw Hill.
Chinman M, George P, Doughtery RH, et al. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. Psychiatr Serv, 65, 429–41.
Davidson L. (2015). Peer support: Coming of age of and/or miles to go before we sleep? An introduction J Behav Health Serv Res, 42, 96–9.
Davidson L, Rakfeldt J, Strauss JS. (2010). The roots of the recovery movement: Lessons learned. London: Wiley-Blackwell..
Davidson L, Tse S. (2014). What will it take for recovery to flourish in Hong Kong?. East Asian Arch Psychiatry, 24, 110–16.
Davidson L, Weingarten R, Steiner J, et al. (1997). Integrating prosumers into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA, & Howell LL. eds. Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia (MD): International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, pp. 437–55.
Drake RE, Whitley RE. (2014). Building behavioral health systems from the ground up. World Psychiatry, 14, 50–1.
Everett B. (2000). A fragile revolution: Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system. Waterloo (ON): Wilfrid Laurier University Press.
Gillard SG, Edwards C, Gibson SL, et al. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. BMC Health Services Research, 13, 188.
Leblanc E, St-Amand N. (2008) Dare to imagine: From lunatics to citizens. Moncton (NB): Stellar Communications.
Mead S, Hilton D, Curtis L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. Psychiatr Rehab J, 25, 134–41. p.
Nikkel RE, Smith G, Edwards D. (1992). A consumer-operated case management project. Hosp Community Psychiatry, 43, 577–9.
O'Hagan M. (1994). Stopovers on my way home from Mars: A journey into the psychiatric survivor movement in the USA, Britain and the
Netherlands. Retrieved November 17, 2010. Available from: http://www.maryohagan.com/publications.php.
O'Hagan M. (2011). Peer support in mental health and addictions: Abackground paper. New Zealand: Kites Trust.
Repper J, Carter T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health, 20,392–411.
Scott A. (2011). Peer Support practice in Aotearoa, New Zealand.
Unpublished draft.
Sherman PS, Porter R. (1991). Mental health consumers as case management aides. Hosp Community Psychiatry, 42, 494–8.
Stamou E. (2014). Reclaiming user leadership in peer support practice. J Mental Health Training, Educ Pract, 9, 167–76.