



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2025-2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Titre de la thèse

**Impact sur la Santé des Usagers de l'Exercice de la Pair Aide en
Psychiatrie : Une Revue Systématique de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 13/05/2026 à 15h30
au *Pôle Formation*

par Alix Florent SANDEU TEMOLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseurs :

Madame le Docteur Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Claire RASCLE

AVERTISSEMENT

**L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs**

AUTEUR(E) : Nom : Mr. SANDEU TEMOLE

Prénom : Alix Florent

Date de soutenance : 13/05/2026

Titre de la thèse : Impact sur la Santé des Usagers de l'Exercice de la Pair Aide en Psychiatrie
: Une Revue Systématique de la littérature

Thèse - Médecine - Lille « 2026 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie adulte

Mots-clés : pair aide, santé mentale, psychiatrie, rétablissement, revue systématique.

Résumé :

Contexte : La pair aide s'est progressivement développée dans les services de santé mentale dans le cadre des approches orientées vers le rétablissement. Fondée sur le partage d'une expérience vécue de troubles psychiques, elle vise à favoriser l'espoir, l'empowerment et la participation des usagers au sein des dispositifs de soins. Malgré son intégration croissante dans les systèmes de santé, l'impact de la pair aide sur la santé des usagers en psychiatrie demeure encore discuté dans la littérature scientifique.

Objectif : Cette étude vise à analyser, à travers une revue systématique de la littérature, l'impact de l'exercice de la pair aide sur la santé et le processus de rétablissement des usagers des services de psychiatrie.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon une méthodologie structurée Prisma 2020 de recherche documentaire dans plusieurs bases de données scientifiques pub med, psycinfo et embase. Les études sélectionnées examinaient les effets des interventions impliquant des pairs aidants auprès d'usagers de services de santé mentale. Les études quantitatives (ECR, méta-analyse) et qualitatives ont été analysées afin d'identifier les principaux effets observés sur les dimensions cliniques, psychosociales et de rétablissement.

Résultats : Les résultats de la littérature indiquent une hétérogénéité de la nature des interventions en pair aide. La pair aide est associée à plusieurs effets positifs pour les usagers, notamment une amélioration du sentiment d'espoir, de l'empowerment, de l'auto-efficacité et de l'engagement dans les soins. Des bénéfices sont également rapportés en termes de qualité de vie, de soutien social et de processus de rétablissement personnel ainsi que sur les dimensions cliniques. Toutefois, l'hétérogénéité des méthodologies, des contextes d'intervention et des indicateurs utilisés limite la comparabilité des résultats et souligne la nécessité d'études supplémentaires.

Conclusion : La pair aide apparaît comme une approche complémentaire prometteuse dans les dispositifs de soins en psychiatrie. Le renforcement des recherches empiriques, notamment à travers des méthodologies rigoureuses et des indicateurs standardisés, demeure nécessaire afin de mieux caractériser son impact sur la santé et le rétablissement des usagers.

Composition du Jury :

Président : Pr Ali AMAD

Assesseurs : Dr Alice DEMESMAEKER

Directeur de thèse : Dr Claire RASCLE

Table des Matières

- Avertissements
- Remerciements et Dédicaces
- Résumé / Abstract

Grand 1 : Introduction

- 1.1. Contexte épidémiologique des troubles psychiatriques
- 1.2. Evolution des modèles de soins en psychiatrie
- 1.3. Concept de rétablissement
 - 1.3.1. Le modèle CHIME
 - 1.3.2. Le processus de rétablissement par étapes conceptualisé par Andresen
 - 1.3.3. Le savoir expérientiel et sa validation par la HAS
 - 1.3.3.1. Le savoir expérientiel
 - 1.3.3.2. Regard du savoir expérientiel par la HAS
- 1.4. Développement de la pair aidance
 - 1.4.1. Pair aidance bénévole : histoire
 - 1.4.2. Pair aidance professionnelle
 - 1.4.2.1. Dans le monde
 - 1.4.2.2. En France
- 1.5. Partenariat en santé
- 1.6. Intégration dans les systèmes de soins et formation des médiateurs de santé pairs (MSP) et des équipes soignantes
 - 1.6.1. Intégration des pairs aidants dans les systèmes de soins
 - 1.6.2. Formation des médiateurs de santé pair en France
- 1.7. Limites des connaissances actuelles
- 1.8. Problématique
- 1.9. Objectif et hypothèse

Grand 2 : Revue Systématique de Littérature

- 2.1. Méthodologie
 - 2.1.1. Type d'Étude

- 2.1.2. Stratégie de Recherche Documentaire
 - 2.1.2.1. Bases de Données Électroniques
 - 2.1.2.2. Mots-clés et Opérateurs Booléens
 - Tableau 2.1 : Stratégie de Recherche Documentaire
 - 2.1.2.3. Période de Publication et Langues
 - 2.1.2.4. Autres Sources de Recherche
- 2.1.3. Critères de Sélection des Études
 - 2.1.3.1. Critères d'Inclusion
 - 2.1.3.2. Critères d'Exclusion
- 2.1.4. Processus de Sélection des Études
 - 2.1.4.1. Étape 1 : Identification et Dédoublonnage
 - 2.1.4.2. Étape 2 : Criblage par Titre et Résumé
 - 2.1.4.3. Étape 3 : Éligibilité
 - 2.1.4.4. Étape 4 : Diagramme de Flux PRISMA
- 2.2. Résultats
 - 2.2.1. Description des Études Incluses
 - 2.2.2. Impact sur les Indicateurs de Santé Mentale
 - 2.2.2.1. Sur les Symptômes Psychopathologiques
 - 2.2.2.2. Sur le Rétablissement Personnel et Empowerment.
 - 2.2.2.3. Sur le Fonctionnement et la Qualité de Vie
- 2.3. Discussion
 - 2.3.1. Synthèse et Interprétation des Principaux Résultats
 - 2.3.2. Mécanismes d'Action Identifiés
 - 2.3.3. Facteurs Modulateurs et Contextuels
 - 2.3.4. Bénéfices et Défis pour les Pairs Aidants Professionnels
 - 2.3.5. Vers une transformation inclusive des systèmes de santé mentale
 - 2.3.6. Forces et Limites de la Thèse
 - 2.3.7. Perspectives de Recherche Futures
- 2.4. Perspectives

- Références Bibliographiques

Grand 1 : Introduction

Ce chapitre a pour objectif de contextualiser le sujet de la pair aideance en psychiatrie, d'en présenter la pertinence et de définir les contours de la présente recherche. Il posera les bases nécessaires à la compréhension de l'impact de ces interventions sur la santé des usagers.

1.1. Contexte épidémiologique des troubles psychiatriques

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, en raison de la prévalence élevée des troubles psychiques et de leur impact considérable sur les individus, les familles et les systèmes de soins à l'échelle mondiale. Les troubles mentaux figurent parmi les principales causes de handicap et contribuent de manière significative à la charge globale de morbidité, justifiant une attention croissante des politiques de santé et de la recherche (OMS, 2022).

Historiquement, les approches thérapeutiques en psychiatrie se sont inscrites dans un modèle biomédical dominant, centré sur le diagnostic, la pharmacothérapie et la réduction des symptômes. Si ce modèle a permis des avancées importantes dans la compréhension des bases neurobiologiques des troubles mentaux et dans le développement de traitements efficaces, il présente néanmoins certaines limites. En effet, il tend à réduire l'expérience de la maladie à ses manifestations cliniques, en accordant une place moindre aux dimensions subjectives, sociales et existentielles du vécu des personnes concernées (Engel et al. 1977).

Dans ce contexte, l'émergence du paradigme du rétablissement a marqué un tournant majeur dans le champ de la santé mentale. Ce modèle met l'accent sur les processus personnels de reconstruction, d'autodétermination et de participation sociale, au-delà de la seule disparition des symptômes. Il reconnaît l'importance du vécu expérientiel et valorise les savoirs issus de l'expérience, ouvrant ainsi la voie à des approches innovantes telles que la pair-aideance (Davidson et al., 2012 ; Slade et al. 2009)

1.2. Evolution des modèles de soins en psychiatrie

Au cours des dernières décennies, une transformation paradigmatique majeure s'est opérée avec l'émergence et la reconnaissance croissante du modèle de rétablissement (Slade, 2009 ; Davidson et al., 2012). Ce modèle déplace l'accent de la simple rémission symptomatique vers une approche plus holistique et centrée sur la personne, visant la promotion de l'espoir, la restauration de la dignité, l'amélioration de la qualité de vie et la réintégration sociale des individus (Anthony, 1993 ; Slade, 2009). Il postule que le rétablissement est un processus profondément personnel et unique, qui ne se limite pas à l'absence de symptômes, mais englobe la capacité à vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive, même avec les limitations liées à la maladie (Anthony, 1993).

Dans ce nouveau cadre conceptuel, la voix et l'expérience vécue des personnes ayant traversé des troubles mentaux sont devenues centrales, reconnues comme une ressource inestimable (Davidson et al., 2012 ; Repper & Carter, 2011). Cette perspective favorise une participation active des usagers dans la planification et la gestion de leurs propres soins, les positionnant comme des acteurs clés plutôt que comme de simples récepteurs de traitement (Slade, 2009). L'importance des soutiens non cliniques, fondés sur le partage d'expériences similaires et le soutien mutuel, a ainsi gagné en reconnaissance, notamment à travers le développement de la pair-aidance (Repper & Carter, 2011 ; Gillard et al., 2017).

Cette évolution reflète une volonté de déstigmatiser la maladie mentale et de renforcer l'autonomie des individus, en favorisant leur engagement actif dans leur propre processus de rétablissement (Davidson et al., 2012). Elle participe également à une transformation des pratiques en santé mentale, visant à humaniser les soins en intégrant la perspective unique des personnes concernées, et à repenser la conception et la délivrance des services dans une logique plus participative et collaborative (Slade, 2009 ; Gillard et al., 2017).

1.3. Modèle de rétablissement

Le modèle de rétablissement en santé mentale va au-delà de la simple rémission des symptômes. Il s'agit d'un processus profondément personnel et unique de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est un cheminement vers une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive malgré ou en gérant les limites imposées par la maladie (Padilha et al., 2023). Ce modèle met l'accent sur les forces de la personne et sa capacité à fonctionner, plutôt que sur sa maladie.

1.3.1 Le modèle CHIME

Dans le cadre du paradigme du rétablissement, le modèle CHIME constitue l'une des conceptualisations les plus influentes et empiriquement étayées du rétablissement personnel en santé mentale. Développé à partir d'une synthèse systématique de la littérature, ce modèle identifie cinq processus centraux du rétablissement : **Connectedness (connexion aux autres)**, **Hope (espoir)**, **Identity (identité)**, **Meaning (sens)** et **Empowerment (pouvoir d'agir)** (Leamy et al., 2011).

La **connexion aux autres (Connectedness)** renvoie à l'importance des relations sociales, du soutien par les pairs et du sentiment d'appartenance. Elle constitue un levier fondamental du rétablissement, notamment à travers les dispositifs de pair-aidance qui favorisent le partage d'expériences et la réduction de l'isolement (Leamy et al., 2011 ; Repper & Carter, 2011).

L'**espoir (Hope)** est décrit comme un moteur essentiel du processus de rétablissement, permettant aux individus de se projeter dans un avenir positif malgré la persistance éventuelle des symptômes. Il est souvent renforcé par le contact avec des pairs ayant vécu des expériences similaires et engagés dans un processus de rétablissement (Leamy et al., 2011 ; Davidson et al., 2012).

La **reconstruction identitaire (Identity)** implique le dépassement des identités stigmatisées liées à la maladie mentale, au profit d'une identité plus positive et valorisée. Ce processus

est étroitement lié à la lutte contre l'auto-stigmatisation et à la redéfinition de soi en dehors du diagnostic (Leamy et al., 2011).

Le **sens (Meaning)** renvoie à la capacité à donner une signification à son expérience, notamment à travers l'engagement dans des activités valorisantes, des rôles sociaux ou des projets de vie. Il s'agit d'un élément clé permettant de reconstruire une trajectoire de vie cohérente (Leamy et al., 2011 ; Slade, 2009).

Enfin, le **pouvoir d'agir (Empowerment)** correspond au développement de l'autonomie, du contrôle sur sa vie et de la capacité à prendre des décisions éclairées concernant ses soins. Il s'inscrit dans une approche centrée sur la personne, favorisant la participation active des usagers (Leamy et al., 2011).

Dans l'ensemble, le modèle CHIME offre un cadre conceptuel structurant pour comprendre les mécanismes du rétablissement personnel et constitue une base théorique majeure pour l'évaluation des interventions en santé mentale, en particulier celles reposant sur la pair-aidance, qui mobilisent directement plusieurs de ses dimensions, notamment la connexion, l'espoir et l'empowerment (Leamy et al., 2011 ; Bird et al., 2014).

1.3.2 Le processus de rétablissement par étapes conceptualisé par Andresen

Le processus de rétablissement en santé mentale a été conceptualisé comme un cheminement dynamique et subjectif, marqué par différentes étapes évolutives. Parmi les modèles les plus influents, celui proposé par Retta Andresen et ses collaborateurs décrit le rétablissement comme une progression en cinq phases distinctes, tout en reconnaissant son caractère non linéaire (Andresen et al., 2003).

La première étape, dite de moratoire, correspond à une période de retrait psychologique, caractérisée par un profond sentiment de désespoir, une perte de sens et une identité fortement centrée sur la maladie. À ce stade, les perspectives de changement apparaissent limitées, et l'individu peut se percevoir comme enfermé dans sa condition.

La seconde étape, celle de la prise de conscience, marque l'émergence d'un espoir. La personne commence à envisager la possibilité d'un avenir différent et à remettre en question l'identification exclusive au rôle de malade. Cette phase constitue un tournant essentiel dans le processus de rétablissement.

La troisième étape, la préparation, correspond au développement de ressources internes et externes. L'individu acquiert progressivement des compétences d'adaptation, identifie ses forces et ses limites, et commence à envisager des stratégies concrètes pour améliorer sa situation.

La quatrième étape, dite de reconstruction, est caractérisée par un engagement actif dans le changement. La personne redéfinit son identité au-delà de la maladie, reprend des rôles sociaux significatifs et élabore des objectifs de vie cohérents avec ses valeurs personnelles. Cette phase implique souvent une réorganisation profonde de la vie quotidienne.

Enfin, la cinquième étape, appelée croissance, correspond à une phase d'épanouissement personnel. L'individu atteint un niveau d'autonomie accru, développe un sentiment de maîtrise de sa vie et est capable de donner du sens à son expérience, y compris aux épisodes de rechute.

Ce modèle souligne que le rétablissement ne doit pas être envisagé comme un état final, mais comme un processus évolutif, marqué par des avancées et des reculs. Il met en avant l'importance de dimensions subjectives telles que l'espoir, l'identité, le sens et l'empowerment, qui constituent des éléments centraux du rétablissement personnel.

C'est dans ce sens qu'un outil d'auto-évaluation a été élaboré par **Andresen, Caputi et Oades en 2006** « Le **STORI** (*Stages of Recovery Instrument*) », destiné à mesurer le **processus de rétablissement** chez les personnes vivant avec un trouble psychique. Il repose sur un modèle en **cinq stades**, qui décrit l'évolution du rétablissement depuis les phases marquées par la détresse, la confusion et la perte d'espoir, jusqu'aux étapes où émergent la reconstruction identitaire, la prise de pouvoir personnel et l'engagement actif dans la vie.

Le questionnaire permet à la personne de se situer dans ce parcours dynamique, d'identifier ses besoins actuels et de reconnaître les progrès accomplis. La traduction francophone réalisée par **P. Golay et J. Favrod** a permis de diffuser cet instrument dans les milieux cliniques et de recherche, où il constitue un repère précieux pour soutenir une approche centrée sur le rétablissement, la collaboration et les forces de la personne.

1.3.3 Le savoir expérientiel et sa validation par la HAS

1.3.3.1 Le savoir expérientiel

Le savoir expérientiel occupe une place centrale dans le paradigme du rétablissement en santé mentale. Il désigne l'ensemble des connaissances issues de l'expérience vécue des troubles psychiques, incluant les stratégies d'adaptation, les trajectoires de rétablissement et les interactions avec les systèmes de soins. Contrairement aux savoirs biomédicaux ou professionnels, fondés sur des données scientifiques et des expertises cliniques, le savoir expérientiel repose sur une connaissance subjective, incarnée et contextualisée de la maladie (Borkman, 1976 ; Jouet et al., 2010).

Ce type de savoir s'inscrit dans une logique de reconnaissance des usagers comme détenteurs d'une expertise propre, complémentaire à celle des professionnels de santé. Il contribue à rééquilibrer les rapports de pouvoir dans la relation de soin, en valorisant la parole et l'expérience des personnes concernées (Jouet et al., 2010). Dans cette perspective, les usagers ne sont plus considérés comme de simples bénéficiaires de soins, mais comme des acteurs à part entière, capables de participer à la co-construction des interventions et des dispositifs de santé mentale.

Le savoir expérientiel constitue également le fondement de la pair-aidance. Les pair-aidants mobilisent leur vécu personnel des troubles psychiques et du rétablissement pour soutenir d'autres personnes, en offrant un accompagnement basé sur l'empathie, l'identification et le partage d'expériences (Davidson et al., 2012 ; Repper & Carter, 2011). Cette forme de soutien favorise notamment le développement de l'espoir, du sentiment d'appartenance et

de l'empowerment, en cohérence avec les dimensions du modèle CHIME (Leamy et al., 2011).

Par ailleurs, le savoir expérientiel participe à une transformation plus large des pratiques en santé mentale, en contribuant à l'humanisation des soins et à la reconnaissance des savoirs profanes. Il s'inscrit dans un mouvement de démocratisation du système de santé, visant à intégrer les usagers dans les processus décisionnels et à promouvoir des approches plus participatives et centrées sur la personne (Jouet et al., 2010).

1.3.3.2 Regard du savoir expérientiel par la HAS

En France, la reconnaissance du savoir expérientiel s'inscrit dans une dynamique institutionnelle récente, portée notamment par la Haute Autorité de Santé, qui joue un rôle central dans sa légitimation. La HAS a contribué à clarifier et à formaliser cette notion, en la distinguant explicitement de l'expérience patient, tout en soulignant leur complémentarité dans le renforcement de l'engagement des usagers dans les systèmes de santé (Haute Autorité de Santé, 2025).

Dans ses travaux, la HAS définit le savoir expérientiel comme un ensemble de connaissances construites à partir de l'expérience vécue, élaborées par un processus réflexif et mobilisables dans des situations d'accompagnement ou de soin. Elle insiste sur le fait que l'expérience seule ne constitue pas un savoir en soi, mais qu'elle devient un savoir expérientiel lorsqu'elle est analysée, structurée et partagée (Haute Autorité de Santé, 2025).

Cette reconnaissance s'inscrit également dans le développement de la démocratie en santé. La HAS souligne que la mobilisation du savoir expérientiel permet de renforcer la participation des patients, d'améliorer la qualité des soins et de favoriser une approche plus centrée sur la personne. Elle encourage ainsi son intégration dans les pratiques professionnelles, les organisations de soins et les politiques de santé (Haute Autorité de Santé, 2025).

Par ailleurs, dans ses travaux récents sur la pair-aidance, la HAS reconnaît explicitement le savoir expérientiel comme un fondement de cette pratique. Elle souligne que la pair-aidance repose sur la transformation de l'expérience vécue en connaissances et compétences mobilisables pour accompagner d'autres personnes confrontées à des situations similaires. Cette forme d'expertise contribue à enrichir les pratiques professionnelles, à humaniser les soins et à renforcer le pouvoir d'agir des usagers (Haute Autorité de Santé, 2025).

Ainsi, la validation du savoir expérientiel par la HAS ne se limite pas à une reconnaissance symbolique : elle s'accompagne d'une volonté d'intégration opérationnelle dans les dispositifs de soins et d'accompagnement. Cette évolution participe à une transformation du système de santé vers un modèle plus participatif, dans lequel les savoirs profanes et professionnels sont envisagés comme complémentaires.

1.4. Développement de la pair-aidance

1.4.1 Pair-aidance bénévole en psychiatrie : histoire

Historiquement, la pair-aidance en France peuvent être tracées jusqu'à la fin du XVIIIe siècle avec Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel, qui ont eu l'idée de faire appel à des personnes ayant souffert de troubles mentaux pour soutenir une approche thérapeutique (Pelletier & Davidson, 2015). Cependant, il faut attendre le XXe siècle et traverser l'Atlantique pour voir l'entraide de pair à pair s'organiser. En 1935, aux États-Unis, est fondée l'association des Alcooliques anonymes, puis 20 ans plus tard, sur le même modèle les Narcotiques anonymes, qui toutes deux proposent des rencontres groupales de soutien avec un système de parrainage par des personnes concernées. Dans le même esprit, en 1943, le Fountain House, inspiré par le collectif « We are not alone », s'ouvre aux personnes souffrant de troubles psychiques pour faciliter leur intégration dans la communauté, avant d'évoluer en clubhouse dédié à la réinsertion professionnelle.

En 1960, le mouvement « Independent Living » défend les droits civiques et l'inclusion du handi- cap dans la société, œuvrant pour l'autodétermination, la dignité et l'égalité des

chances. Dix ans plus tard, le « Disabled in Action », reprenant le slogan « nothing about us without us », s'emploie à mettre fin à la discrimination à l'égard des personnes handicapées. Dans la continuité, des associations d'autosupport, d'alternatives, d'entraide et de défense de la citoyenneté se multiplient.

En France, La loi du 4 mars 2002 a été une étape emblématique en reconnaissant l'utilisateur comme un "véritable acteur de santé" (Bonnet, 2015). L'émergence de la démocratie en santé dans les années 2000 a également conduit à une reconnaissance institutionnelle accrue des nouveaux rôles pour les patients en France (Troisoeufs, 2020).

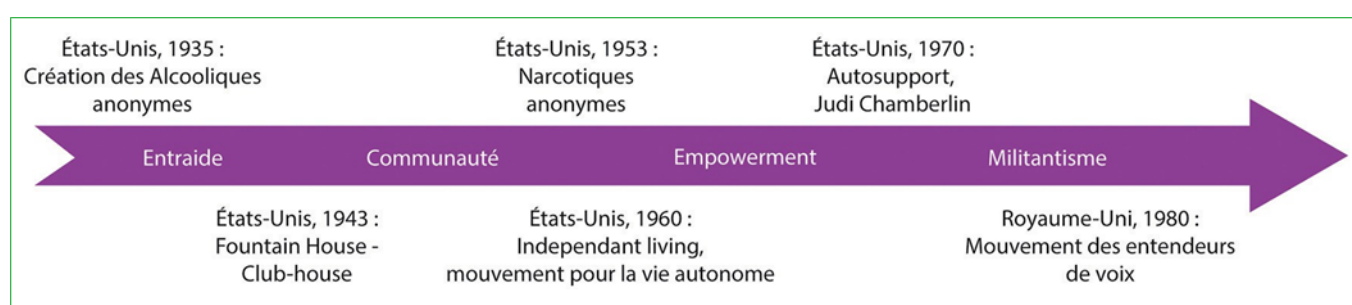


Figure 2. Développement de l'entraide de pair à pair dans les pays anglo-saxons au XX^e siècle.

Nous allons également parler du patient expert qui est une forme de pair-aidance bénévole. La notion de *patient expert* s'inscrit dans l'évolution contemporaine des systèmes de santé vers des modèles plus participatifs et centrés sur la personne. Elle désigne des patients ayant acquis, au-delà de leur expérience de la maladie, des compétences spécifiques leur permettant de mobiliser et de transmettre leur savoir expérientiel dans des contextes de soin, d'éducation thérapeutique ou de formation (Jouet et al., 2010 ; Flora, 2012).

Le patient expert se distingue du patient « ordinaire » par un processus de transformation de son expérience vécue en un savoir structuré, réflexif et transmissible. Cette expertise repose sur un double registre : d'une part, la connaissance intime de la maladie et de ses impacts dans la vie quotidienne ; d'autre part, l'acquisition de compétences pédagogiques, relationnelles et parfois cliniques, permettant d'accompagner d'autres patients ou de collaborer avec des professionnels de santé (Flora, 2012).

En France, le développement de la figure du patient expert est étroitement lié à l'essor de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), reconnue comme un levier essentiel d'amélioration de la qualité des soins et de l'autonomie des personnes vivant avec une maladie chronique (Haute Autorité de Santé, 2007). Dans ce cadre, les patients experts peuvent intervenir comme co-animateurs de programmes d'ETP, contribuant à l'adaptation des contenus aux besoins réels des usagers et à la valorisation de leurs savoirs expérientiels. Par ailleurs, le patient expert joue un rôle croissant dans les dynamiques de démocratie en santé. Il peut être impliqué dans la conception des politiques publiques, l'évaluation des dispositifs de soins ou la formation des professionnels. Cette participation active traduit une reconnaissance progressive de la complémentarité entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels (Jouet et al., 2010).

Il convient néanmoins de distinguer la figure du patient expert de celle du pair-aidant. Si ces deux rôles reposent sur la mobilisation du savoir expérientiel, le patient expert intervient plus fréquemment dans des dispositifs institutionnels, éducatifs ou décisionnels, tandis que le pair-aidant s'inscrit davantage dans une relation d'accompagnement direct entre pairs, centrée sur le soutien au rétablissement (Repper & Carter, 2011 ; Davidson et al., 2012).

Ainsi, le patient expert apparaît comme une figure clé de la transformation des systèmes de santé, contribuant à une meilleure prise en compte de l'expérience vécue, à l'amélioration de la qualité des soins et à l'émergence de pratiques plus collaboratives et participatives.

1.4.2 Pair aideance professionnelle

La pair-aideance professionnelle se distingue de la pair-aideance bénévole par la formalisation du rôle, l'intégration au sein des équipes de soins et, souvent, une rémunération et une formation spécifique.

1.4.2.1. Dans le monde

Au niveau international, la reconnaissance et l'intégration des travailleurs pairs dans les services de santé mentale est une tendance croissante. Les pairs aidants professionnels sont

des personnes ayant une expérience vécue de troubles mentaux, formées pour accompagner d'autres personnes dans leur parcours de rétablissement. Ce modèle est bien établi dans de nombreux pays, notamment aux États-Unis, où les premiers pairs aidants salariés ont émergé dès 1989 (Davidson et al 2006). L'efficacité de la pair-aidance est de plus en plus reconnue pour améliorer l'engagement dans les soins, réduire les hospitalisations et promouvoir la gestion des troubles (Cooper et al., 2023). L'intégration des pairs aidants est devenue une stratégie clé pour accroître la réactivité des services aux besoins des usagers et transformer l'organisation des soins vers une orientation axée sur le rétablissement (Padilha et al., 2023).

Le Canada fait figure de pionnier dans l'intégration de la pair-aidance au sein des systèmes de santé mentale. Dès le début des années 2000, et plus particulièrement autour de 2005, plusieurs initiatives ont contribué à structurer et professionnaliser le rôle des pair-aidants dans les services de soins. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de transformation des politiques de santé mentale, marquées par l'adoption progressive du modèle de rétablissement.

Au Canada, l'organisation des soins de santé mentale a progressivement intégré des personnes ayant une expérience vécue des troubles psychiques en tant qu'intervenants à part entière. Ces premiers pair-aidants, souvent désignés comme *peer support workers*, ont été mobilisés dans des dispositifs communautaires et institutionnels, avec pour objectif de soutenir le rétablissement des usagers à travers le partage d'expériences, le renforcement de l'espoir et la lutte contre la stigmatisation (Davidson et al., 2012).

Un tournant majeur a été la création de la Commission de la santé mentale du Canada en 2007, qui a largement contribué à la reconnaissance et à la diffusion de la pair-aidance à l'échelle nationale. Cette institution a notamment soutenu le développement de standards de formation, de pratiques et d'intégration des pair-aidants dans les équipes de soins.

Par ailleurs, le Canada a été l'un des premiers pays à structurer des programmes de formation certifiants pour les pair-aidants, favorisant leur professionnalisation et leur

reconnaissance institutionnelle. Ces initiatives ont permis de légitimer le savoir expérientiel comme une forme d'expertise complémentaire aux savoirs professionnels, contribuant à transformer les pratiques en santé mentale vers des approches plus collaboratives et centrées sur la personne (Repper & Carter, 2011).

Ainsi, l'expérience canadienne illustre une évolution précoce et structurée de la pair-aidance, qui a servi de modèle pour de nombreux autres pays, dont la France. Elle témoigne d'une volonté d'intégrer pleinement les usagers dans les dispositifs de soins, en reconnaissant leur rôle actif dans les processus de rétablissement.

1.4.2.2. En France

En France, la professionnalisation de la pair-aidance a pris une forme spécifique avec l'émergence des "Médiateurs de Santé-Pair", qui s'est accélérée au cours des vingt dernières années, s'appuyant sur l'approche centrée sur le rétablissement. Un jalon majeur a été la création du diplôme de "Médiateur de Santé-Pair" en 2012, sous l'impulsion notable de du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) (Roelandt JL et al 2015). Ce rôle est souvent cité comme l'un des premiers exemples de professionnalisation des usagers dans le système de santé français (Demailly, 2014; Troisoeufs, 2020). Le processus de "Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair" a été analysé sociologiquement comme une tentative volontariste de créer une nouvelle profession (Demailly, 2014). Ce nouveau programme introduit en France en 2012, est basé sur le concept du Médiateur de Santé-Pair, un ancien patient généralement stabilisé, intégré comme un nouvel agent au sein des équipes de santé mentale multidisciplinaires, avec un focus sur le rétablissement (Roelandt JL et al. 2015).

Année	Événement Clé
Fin XVIIIe	Premières idées de soutien par des personnes avec expérience vécue en France, notamment avec Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel, précurseurs du "traitement moral"
2002	La loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, reconnaît l'usager comme "acteur de santé" en France, impulsant l'implication des patients dans leurs soins (Bonnet, 2015)
2012	Création du diplôme de "Médiateur de Santé-Pair" en France, un jalon majeur pour la professionnalisation du rôle sous l'impulsion du CCMOS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé)
2014-2021	Période de développement et d'analyse sociologique de la professionnalisation des médiateurs de santé-pair en France, marquant une tentative volontariste de créer une nouvelle profession (Demailly, 2014 ; Flora & Brun, 2021)

Tableau 1 : événement et périodes clés de la pair-aidance en France

1.5. Partenariat en santé

La pair-aidance s'incarne dans diverses structures associatives et communautaires qui offrent un soutien mutuel et un espace d'appartenance pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Les **Groupes d'Entraide Mutuelle**, les **Clubhouses**, les associations comme l'**UNAFAM** (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques), ainsi que des initiatives comme la "Maison Perchée", sont des exemples emblématiques de ces dispositifs en France. Ces structures sont souvent autogérées par les usagers eux-mêmes ou bénéficient de leur forte implication. Elles reposent sur la conviction que le partage d'expériences vécues et le soutien par les pairs sont des leviers essentiels pour le rétablissement. L'UNAFAM, par exemple, a joué un rôle important dans la promotion des organisations d'auto-assistance d'usagers, qui ont ensuite été intégrées dans la législation comme les GEM (RoeLandt JL et al. 2015). La légitimité de ces initiatives réside dans leur capacité à offrir un soutien non-professionnel, basé sur l'expérience, qui complète les soins traditionnels et favorise l'intégration sociale et l'empowerment des personnes concernées. Certains experts estiment que ces clubs

d'entraide mutuelle, gérés par les usagers, sont devenus des lieux privilégiés pour le parcours de rétablissement et la découverte de l'importance du soutien par les pairs, loin du regard des professionnels (RoeLandt JL et al. 2015). C'est ainsi que l'on passe de l'entraide à la professionnalisation de la pair-aidance en France (figure 2).

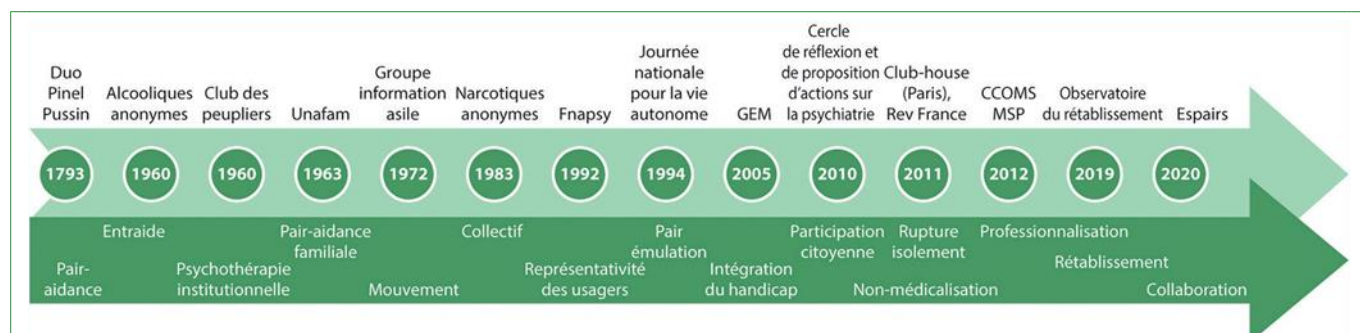


Figure 1. De l'entraide à la professionnalisation de la pair-aidance en France.

CCOMS : centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale ; Espairs : association de soutien à la pair-aidance en santé mentale ; Fnappsy : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie ; GEM : groupe d'entraide mutuelle ; MSP : maison de soins psychiatriques ; Unafam : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

1.6. Intégration dans les systèmes de soins et formation des médiateurs de santé pairs (MSP) et des équipes soignantes.

1.6.1. Intégration des pairs aidants dans les systèmes de soins

Le déploiement des MSP en France a été porté par des initiatives pionnières, notamment celles du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a introduit et évalué l'utilisation des mentors pairs. Ces efforts ont été menés en collaboration avec des organisations de patients comme la FNA-PSY (RoeLandt JL et al. 2015).

Les leviers de ce déploiement incluent la reconnaissance de l'importance des savoirs expérientiels pour l'accompagnement des personnes vivant des situations similaires, l'amélioration de l'engagement des usagers dans les soins, la réduction des hospitalisations et une meilleure gestion des troubles concomitants (Cooper et al., 2023). L'intégration des pairs aidants est vue comme une stratégie essentielle pour rendre les services plus réactifs aux besoins des usagers et favoriser une transformation organisationnelle axée sur le rétablissement (Padilha et al., 2023).

Cependant, l'intégration des MSP n'est pas sans **freins** ni défis, souvent liés à des représentations, des préjugés et des idées reçues :

- **Résistances professionnelles** : Des professionnels, notamment des infirmiers, ont exprimé des craintes que les pairs aidants n'empiètent sur leur rôle, avec moins de formation et de compétences, et pour une rémunération inférieure (Roelandt JL et al. 2015). Il existe une appréhension que le "travail à bas coût" des médiateurs de santé pairs puisse entraîner une réduction des effectifs de personnel non-pair (Cooper et al., 2023). L'intégration des patients-experts peut menacer les identités professionnelles établies et créer une perception de compétition (Gillard et al., 2017).
- **Ambiguïté et manque de clarté des rôles** : Les domaines de responsabilité spécifiques des MSP sont souvent mal définis, ce qui peut générer des tensions interprofessionnelles, surtout lorsque le MSP défend les patients "contre" les soignants ou l'institution (Repper et al. 2011). Les attitudes protectrices des soignants peuvent parfois repositionner le MSP dans un rôle de "patient", en particulier s'ils perçoivent une vulnérabilité chez le pair (Repper et al., 2011).
- **Manque de soutien et d'intégration** : Des préoccupations de la part des professionnels de la santé et des décideurs politiques concernant l'efficacité et la sécurité du soutien par les pairs peuvent entraîner un manque de soutien, voire de l'hostilité, du personnel non-pair. Cela peut se traduire par un moindre respect et moins de responsabilités pour les MSP, remettant en question leur crédibilité (Cooper et al., 2023).
- **Scepticisme institutionnel** : Certains professionnels, notamment psychothérapeutiques, doutent de la capacité des patients à s'entraider sans la supervision des professionnels (Roelandt JL et al. 2015). Il peut exister un scepticisme du personnel hospitalier vis-à-vis de l'intégration des associations, parfois en raison de positions conflictuelles antérieures entre les secteurs associatif et hospitalier (Gillard et al. 2017).

- **Fragilité de la reconnaissance du rôle** : La reconnaissance du rôle du patient en France reste fragile. Contrairement à d'autres pays où la rémunération de la contribution des patients est la norme, en France, les représentants des usagers ou les patients partenaires ne sont généralement pas rémunérés pour leur contribution (HAS ; 2025). Le manque de statut formalisé peut également entraver la participation des patients et leur accès à la formation (Carman et al. 2013)

1.6.2. Formation des médiateurs de santé pair et des équipes soignantes en France

En ce qui concerne la formation des médiateurs de santé pairs, elle s'inscrit dans une dynamique progressive de professionnalisation de la pair-aidance, portée notamment par le **Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)**.

On a une phase **expérimentale nationale de 2012 à 2014 avec la création du Diplôme Universitaire (DU)** en partenariat avec l'université Paris 8, qui repose sur une formation universitaire innovante d'environ **1 an**, suivie d'une insertion professionnelle qui s'articule entre le savoir académique et le savoir expérientiel. La formation de la première promotion de MSP intégrés dans les équipes de psychiatrie avait pour objectif de tester la faisabilité et l'efficacité de la pair-aidance en France.

Ensuite, il y'a la phase de **Structuration et consolidation de 2015 à 2018** avec le maintien du modèle DU associé à une formation continue et la supervision entre pairs. Il y'a eu une diffusion progressive du dispositif dans plusieurs régions avec des premières évaluations positives sur la légitimation du rôle de MSP. A ce stade, la formation est restée encore **non standardisée** mais a gagnée en reconnaissance institutionnelle.

A partir de 2018, il y'a eu la phase de **l'Universitarisation avec le passage en licence** qui a été un tournant majeur. On a ainsi remplacé le DU par une **Licence Sciences Sanitaires et Sociales – parcours MSP**. L'objectif était de renforcer la reconnaissance académique et

améliorer la légitimité professionnelle. Cette évolution a marqué une institutionnalisation forte de la formation

De 2018 à 2022, c'était la phase de Professionnalisation et diversification avec le développement de nouvelles formations : licence MSP à **Sorbonne Paris Nord (Bobigny)**, licence professionnelle à **Bordeaux (2022)** et le modèle en **alternance** avec des usagers en même temps en emploi et en formation universitaire. L'accès est conditionné au **recrutement sur un poste de MSP** et le financement de la formation est fait par les institutions. La formation est devenue ainsi plus **standardisée**, plus **professionnalisante** et intégrée aux **organisations de soins**.

La **situation actuelle est portée vers une reconnaissance nationale** avec la formation des MSP qui est universitaire, professionnalisante et adossée à l'emploi avec le développement de formations complémentaires. Des diplômes universitaires (DU) de pair-aidance se sont développés dans plusieurs régions de France, parallèlement à une intégration progressive de ces dispositifs dans les politiques publiques, notamment sous l'impulsion de la Haute Autorité de Santé (HAS ;2023) et des Agences régionales de santé (ARS)

Cependant, il persiste une absence de statut national unique des médiateurs de santé-pairs, ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques et des modalités d'intégration selon les établissements, ce qui constitue un frein à la structuration et à la reconnaissance de la pair-aidance en France (HAS ;2025)

Diplôme	Pair-aidance en santé mentale et neurodéveloppement (Lyon 1, depuis 2019)	Pair-aidance familiale en santé mentale et neurodéveloppement (Lyon, depuis 2022)	Pair-aidance professionnelle en psychiatrie et santé mentale (Grenoble Alpes, depuis 2022)	Pair-aidance dans la médiation en santé mentale (Aix-Marseille, depuis 2022)	Médiation en santé par les pairs (Bordeaux, depuis 2024)
Responsables pédagogiques	Pr Nicolas Franck	Pr Caroline Demily Dr Mélanie Dautrey	Pr Mircea Polosan	Pr Christophe Lancon Dr Aurélie Tinland	Pr François Alla Dr Stéphanie Vandentorren Murièle Conort, coordinatrice Association La Case
Conditions d'entrée	Baccalauréat ou diplôme d'accès aux études universitaires	Baccalauréat, familles d'usagers, psychoéducation réalisée, membre d'une association de proches, etc.	Baccalauréat ou diplôme d'accès aux études universitaires	Tous niveaux de diplôme	Baccalauréat ou diplôme équivalent
Admission	Admissibilité : écrit Admission : oral	Admissibilité : écrit Admission : oral	Admissibilité : écrit Admission : oral	Validation de quatre modules de rétablissement personnel (Centre de formation au rétablissement) ou occupation d'un poste de MSP	Un CV, une lettre de motivation, diplômes Être en poste de salarié de MSP ou avoir trouvé un stage de MSP
Frais	Formation initiale : 900 euros Formation continue : 1 100 euros	Formation initiale : 110 euros Formation continue : 300 euros	Formation initiale : 600 euros Formation continue : 1 100 euros	Formation initiale : 284 euros Formation continue : 769 euros	2 500 euros
Déroulé	35 étudiants par année		20 étudiants par année		10 à 15 étudiants par année
	70 heures de cours théoriques et échanges pratiques		55 heures de théorie	220 heures de formation	140 heures de formation Obligation d'être en poste ou en stage pendant la formation
	40 heures d'ETP		40 heures d'ETP		
	35 à 70 heures de stage		35 heures de stage	65 heures de stage	
Obtention	Assiduité Validation de stage Moyenne au mémoire Soutenance orale	Assiduité Validation de stage Moyenne au mémoire Examen oral Exercice de simulation relationnelle	Assiduité Validation de stage Moyenne au mémoire Soutenance orale		Soutenance orale d'un portfolio

TABEAU 2. Diplômes universitaires de pair-aidance. (ETP : éducation thérapeutique du patient ; MSP : médiateur de santé-pair).

L'intégration des médiateurs de santé pairs (MSP) au sein des équipes de soins en santé mentale constitue une innovation organisationnelle majeure, qui nécessite une adaptation des pratiques professionnelles et des représentations des soignants. Dans ce contexte, la formation des équipes apparaît comme un levier essentiel pour favoriser l'acceptabilité, la coopération interprofessionnelle et l'efficacité de la pair-aidance.

En effet, l'introduction des MSP vient questionner les modèles traditionnels de soins, en remettant en cause la hiérarchie des savoirs et en valorisant le savoir expérientiel comme

une forme d'expertise complémentaire. Cette transformation peut susciter des résistances, liées notamment à des incompréhensions du rôle des MSP, à des craintes de redéfinition des identités professionnelles ou à des enjeux de légitimité (Repper & Carter, 2011 ; Gillard et al., 2017).

Ainsi, la formation des équipes soignantes vise plusieurs objectifs. Elle permet tout d'abord de clarifier le rôle et les missions des MSP, en distinguant leurs fonctions de celles des autres professionnels. Elle contribue également à promouvoir une culture du rétablissement, centrée sur la personne, et à sensibiliser les soignants aux apports du savoir expérientiel dans l'accompagnement des usagers (Davidson et al., 2012).

Par ailleurs, ces formations favorisent le développement de compétences relationnelles et collaboratives, essentielles au travail en équipe pluriprofessionnelle. Elles permettent d'instaurer un climat de confiance, de faciliter la communication entre professionnels et pair-aidants, et de soutenir la co-construction des pratiques de soin. L'accompagnement au changement organisationnel, incluant des espaces de supervision et d'analyse des pratiques, apparaît également déterminant pour soutenir l'intégration durable des MSP (Gillard et al., 2017).

En France, des initiatives portées notamment par le **Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)** ont contribué à développer des dispositifs de formation et de sensibilisation des équipes, dans le cadre du déploiement des médiateurs de santé pairs. Ces actions s'inscrivent dans une dynamique plus large de transformation des pratiques, soutenue par les recommandations institutionnelles visant à promouvoir la participation des usagers et l'intégration du savoir expérientiel dans les soins (Haute Autorité de Santé, 2025).

En haute de France. L'ARS propose des formations des équipes soignantes avec un livret d'accueil disponible pour intégrer les MSP dans les établissements de santé mentale.

Ainsi, la formation des équipes soignantes constitue une condition essentielle à la réussite de l'intégration des MSP. Elle permet de dépasser les logiques de juxtaposition des rôles pour aller vers une véritable complémentarité des savoirs, au service du rétablissement des usagers.

1.7. Limites des connaissances actuelles

La reconnaissance internationale de la pair-aidance en tant que service essentiel dans les systèmes de santé mentale est bien établie, comme en témoignent les politiques de couverture et les mandats départementaux dans des régions comme la Pennsylvanie. L'intégration des pairs aidants au sein des services de santé mentale et de toxicomanie est devenue une stratégie clé pour accroître la réactivité des services aux besoins des usagers et promouvoir une transformation organisationnelle vers une orientation axée sur le rétablissement.

Cette évolution vise à combler les lacunes des approches purement cliniques en apportant une dimension humaine et expérientielle. Cependant, malgré cette reconnaissance et les investissements croissants, l'efficacité de la pair-aidance, en particulier de ses divers modèles et formats d'intervention, reste un sujet de recherche active et nécessite une synthèse rigoureuse pour en déterminer l'impact réel sur les résultats pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les recherches antérieures ont souvent souligné le besoin d'études plus rigoureuses, avec des méthodologies robustes et des échantillons plus importants, pour évaluer de manière fiable l'impact de ces interventions. De plus, la complexité inhérente aux interventions de pair-aidance, caractérisée par une grande variabilité dans leur conception, leur mise en œuvre et les populations ciblées, conduit à une hétérogénéité des résultats observés dans la littérature. Cette variabilité exige une analyse approfondie des facteurs contextuels et des mécanismes sous-jacents qui contribuent à leur efficacité.

La présente thèse vise à répondre à ce besoin en offrant une analyse synthétique et critique des études existantes pour évaluer l'efficacité des interventions de pair-aidance sur divers indicateurs de santé mentale et de rétablissement

1.8. Problématique

Afin d'orienter cette revue systématique approfondie et de circonscrire précisément son champ d'investigation, on s'est posé la question à savoir :

- Quels sont les impacts directs et indirects de l'exercice de la pair-aidance, dans ses diverses modalités, sur les indicateurs de santé mentale, de rétablissement personnel, et de bien-être psychosocial chez les usagers en psychiatrie ?

1.9. Objectif et hypothèse

- Mener une revue systématique exhaustive et rigoureuse de la littérature scientifique pertinente afin d'évaluer de manière critique l'impact de la pair-aidance sur la santé mentale et le bien-être des usagers en psychiatrie, en tenant compte de la diversité des interventions et des populations.

Grand 2 : Revue Systématique de Littérature

Ce chapitre présentera la méthodologie détaillée de la revue systématique, les résultats obtenus et leur discussion approfondie, conformément aux standards scientifiques.

2.1. Méthodologie

Ce chapitre décrira en détail la méthodologie de la revue systématique qui a été menée pour répondre aux questions de recherche. Nous avons utilisé les recommandations du guide PRISMA 2020 afin d'assurer la transparence, la reproductibilité et la qualité scientifique de la revue.

2.1.1. Type d'Étude

La présente étude consiste en une revue systématique de la littérature scientifique. Cette approche est choisie pour fournir une synthèse exhaustive et méthodique des preuves existantes concernant l'impact de la pair-aidance en psychiatrie.

Nous avons utilisé des études randomisées et des méta-analyse avec un haut niveau de preuves, mais également des études avec un bas niveau de preuves.

2.1.2. Stratégie de Recherche Documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été exhaustive, systématique et transparente, conçue pour identifier le maximum d'études pertinentes, minimiser les biais de sélection et assurer la reproductibilité de la recherche.

2.1.2.1. Bases de Données Électroniques

Une recherche systématique a été effectuée dans les principales bases de données électroniques reconnues pour leur couverture des sciences de la santé, de la psychologie, des sciences sociales et de la médecine listés ci-dessous :

- PubMed : Couverture des sciences biomédicales et de la santé.
- PsycINFO : Couverture étendue de la littérature psychologique et psychiatrique.

- Embase : Large couverture des sciences biomédicales, y compris la pharmacologie et la santé mentale.

La sélection de ces bases de données a assuré une couverture étendue et complémentaire, permettant d'identifier une vaste gamme de publications pertinentes dans le domaine de la santé mentale et de la pair-aidance.

2.1.2.2. Mots-clés et Opérateurs Booléens

La construction des requêtes de recherche a été méticuleuse, en utilisant une combinaison de termes contrôlés et de mots-clés en texte libre, adaptés à la syntaxe spécifique de chaque base de données. Les mots-clés ont été catégorisés selon les concepts clés de la recherche :

- Concept 1 : L'Intervention - Termes : "peer support", "peer specialist", "peer worker", "peer provider", "peer mentor", "consumer provider", "lived experience support", "recovery coach", "soutien par les pairs", "pair aidant", "pair-aidance".
- Concept 2 : La Population - Termes : "mental health", "psychiatry", "serious mental illness", "severe mental illness", "mental disorders", "psychiatric disorders", "psychosis", "schizophrenia", "bipolar disorder", "depression", "anxiety disorders", "troubles mentaux", "santé mentale", "psychiatrie".
- Concept 3 : Les Résultats/Impacts - Termes : "recovery", "rétablissement", "outcomes", "efficacité", "effectiveness", "impact", "well-being", "bien-être", "quality of life", "qualité de vie", "empowerment", "symptom reduction", "réduction symptômes", "hospitalization", "hospitalisation", "service utilization", "utilisation services", "stigma", "stigmatisation".

Les requêtes ont été construites en combinant ces trois groupes de concepts avec l'opérateur "AND" pour cibler les études pertinentes.

Base de Données	Mots-clés	Mots-clés	Mots-clés	Limites
PubMed	"peer support" OR "peer specialist" OR "pair aidant"	"mental health" OR "psychiatry" OR "schizophrenia"	"recovery" OR "well-being" OR "symptoms"	2000-Présent, Français, Anglais
PsycINFO	"peer worker" OR "lived experience support"	"mental disorders" OR "psychiatric disorders"	"empowerment" OR "quality of life"	2000-Présent, Français, Anglais
Embase	"recovery coach" OR "soutien par les pairs"	"bipolar disorder" OR "depression"	"hospitalization" OR "service utilization"	2000-Présent, Français, Anglais

Tableau 3 : Croisement des mots clés

2.1.2.3. Période de Publication et Langues

La recherche a été limitée aux publications datant de l'an 2000 jusqu'en Janvier 2026. Cette période a été choisie de manière stratégique pour plusieurs raisons : elle permet de capturer l'émergence et l'évolution significative de la pair-aidance en tant que pratique formalisée et professionnalisée au sein des systèmes de santé mentale, et de refléter l'évolution des paradigmes de soins vers le rétablissement. Seuls les articles publiés en français et en anglais ont été inclus, en raison des ressources linguistiques disponibles au sein de l'équipe de recherche.

2.1.2.4. Autres Sources de Recherche

Pour compléter les recherches dans les bases de données électroniques et minimiser le biais de publication, d'autres sources ont été explorées :

- Listes de références : Les listes de références des revues systématiques et méta-analyses identifiées comme pertinentes ont été consultées pour identifier d'autres études non détectées par la recherche initiale.
- Littérature grise : Des recherches ciblées ont été menées sur des sites web d'organisations clés pour identifier des rapports, des thèses ou des protocoles d'études non publiés dans des revues à comité de lecture.

- Contact avec des experts : Des experts du domaine de la réhabilitation psychosociale ont été contactés pour identifier d'éventuelles études supplémentaires ou en cours.

2.1.3. Critères de Sélection des Études

La définition précise des critères d'inclusion et d'exclusion est fondamentale pour garantir la pertinence des études sélectionnées, la cohérence de la revue et la validité de ses conclusions.

2.1.3.1. Critères d'Inclusion

Les études étaient incluses si elles remplissaient les critères suivants :

- Type d'études :
 - Essais contrôlés randomisés : Ces études ont été privilégiées pour l'évaluation de l'efficacité en raison de leur capacité à minimiser les biais de confusion.
 - Études quasi-expérimentales : Incluant les études avant-après avec groupe contrôle, les études de cohortes longitudinales et les études de cas-témoins, pour fournir des preuves complémentaires lorsque les ECR sont limités.
 - Revues systématiques et méta-analyses
 - Études qualitatives
- Population : Adultes ayant une expérience vécue de troubles psychiatriques ou de problèmes de santé mentale. Cela inclut un large spectre de diagnostics psychiatriques tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépression, les troubles anxieux, les troubles de stress post-traumatique, les troubles liés à l'usage de toxiques.
- Intervention : Toute forme d'intervention de pair aideance où le soutien est fourni par des personnes ayant une expérience vécue de troubles mentaux, à leurs pairs. Cela inclut :

- Pair-aidance individuelle.
- Pair-aidance de groupe.
- Interventions de pairs aidants formels.
- Interventions de pair-aidance informelle, si documentées et évaluées.
- Interventions de pair-aidance digitale ou en ligne.

L'intervention doit être explicitement définie comme étant basée sur l'expérience vécue et viser à soutenir le rétablissement ou à améliorer la santé mentale des usagers.

- **Compareteur** : Les études comparant la pair-aidance aux soins usuels, à d'autres interventions psychosociales, à un groupe contrôle sur liste d'attente, ou à d'autres formes de soutien seront incluses.
- **Résultats** : Les études doivent rapporter au moins un indicateur de santé mentale ou de bien-être chez les usagers. Ces indicateurs peuvent inclure :
 - Symptômes psychopathologiques : Réduction des symptômes dépressifs, anxieux, psychotiques.
 - Rétablissement personnel : Mesures de l'espoir, de l'empowerment, de l'auto-efficacité, du sens, de l'identité, de la qualité de vie.
 - Bien-être psychosocial : Intégration sociale, réduction de la stigmatisation, fonctionnement social.
 - Utilisation des services : Taux d'hospitalisation, durée d'hospitalisation, visites aux urgences, adhésion aux traitements.
- **Langue** : Articles publiés en français ou en anglais.

2.1.3.2. Critères d'Exclusion

Les études seront exclues si elles répondent aux critères suivants :

- Population : Études sur des populations non adultes ou sur des populations sans troubles de santé mentale primaire.
- Intervention : Interventions qui ne sont pas explicitement de la pair-aidance.
- Type de publication : Articles de type éditorial, lettres à l'éditeur, opinions, résumés de conférences sans publication en texte intégral, protocoles d'études sans résultats, thèses non évaluées par les pairs.
- Design : Études de cas uniques sans comparaison, études précliniques ou sur des populations animales.

2.1.4. Processus de Sélection des Études

Le processus de sélection des études a été effectué par deux évaluateurs indépendants pour minimiser le risque de biais de sélection et garantir la fiabilité du processus. Les étapes suivantes ont été suivies :

2.1.4.1. Étape 1 : Identification et Dédoublonnage

- Identification : Toutes les références identifiées par les stratégies de recherche dans les différentes bases de données électroniques ont été revues (9960 articles) et d'autres sources également (40 articles). Seuls les articles pertinents pour le sujet après lecture du titre ont été exportées et importées pour analyse.
- Dédoublonnage : 260 doublons ont été systématiquement supprimés manuellement.

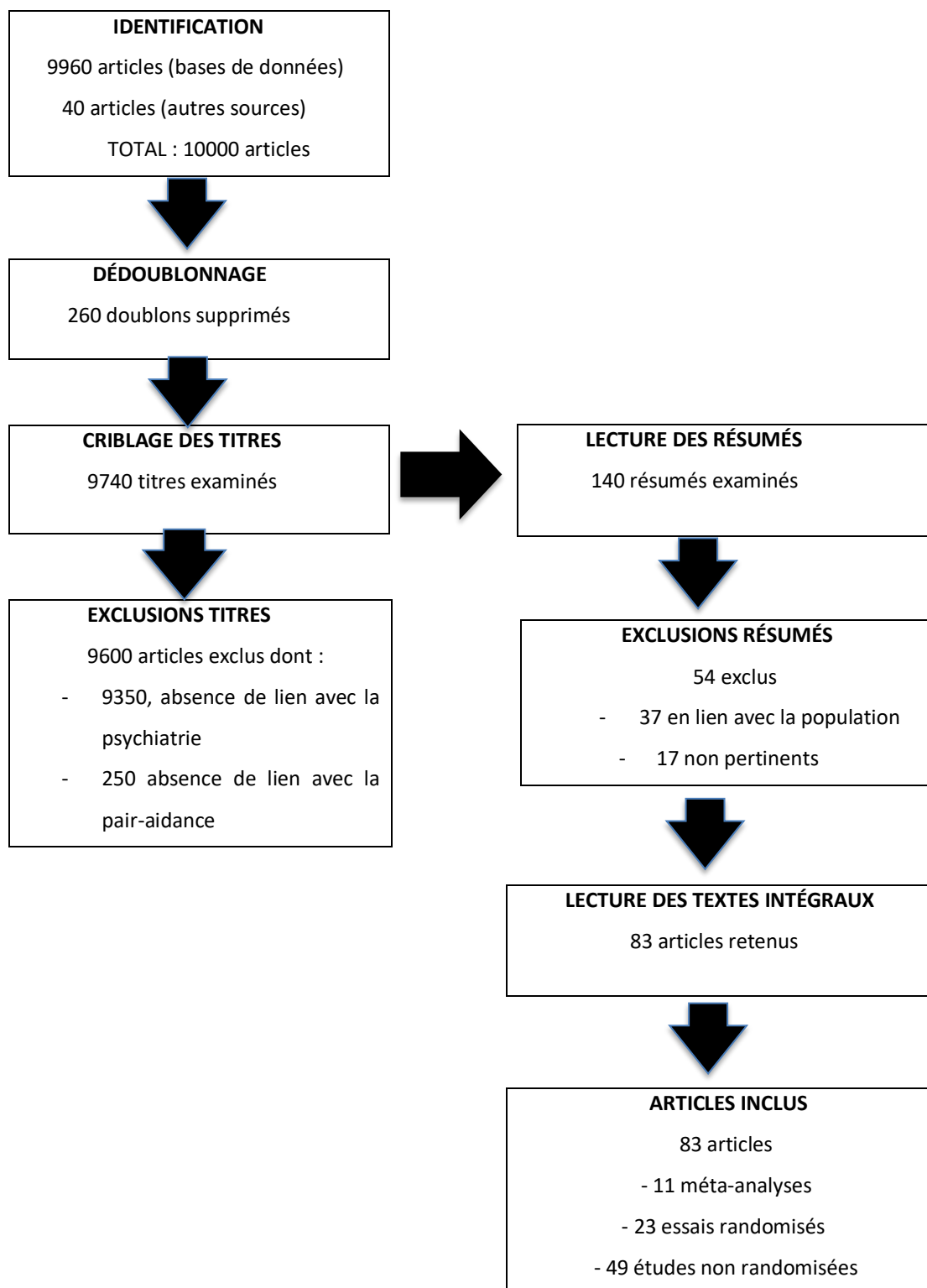
2.1.4.2. Étape 2 : Criblage par Titre et Résumé

- Nous avons fait un criblage des titres de 9740 articles en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion préétablis.
- 9600 articles non pertinents pour le sujet de la revue ont été exclus à cette étape après lecture des titres.
- 54 articles ont été retirés après lecture des résumés sur des critères de population (37 articles) et de non pertinence (17 articles)
- Tout article pour lequel au moins un évaluateur juge la pertinence potentielle a été retenu pour l'étape suivante.

2.1.4.3. Étape 3 : Éligibilité

- Les textes intégraux des 83 articles retenus après l'étape de criblage ont été récupérés. Parmi ces articles, on retrouve 11 méta-analyses, 23 articles randomisés et 49 articles non randomisés.

2.1.4.4. Diagramme de Flux PRISMA



2.2. Résultats

Ce chapitre présente de manière organisée et structurée les découvertes issues de la revue systématique, en suivant le flux de sélection des études et les thèmes d'analyse définis dans la méthodologie.

2.2.1. Description des Études Incluses

Un tableau synthétique et détaillé est présenté ci-dessous pour récapituler les principales caractéristiques de toutes les études incluses, avec les références complètes pour chaque article. Ce tableau fournira des informations cruciales pour chaque étude, telles que : les auteurs principaux et l'année de publication, le pays et le contexte géographique de l'étude, le design de l'étude, la taille de l'échantillon et les caractéristiques démographiques des participants et le type d'intervention de pair-aidance mise en œuvre. Cette présentation structurée permet d'appréhender rapidement la diversité et la nature du corpus d'études.

Tableau 4-9 : Caractéristiques des Études Incluses

N	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
1	Cooper et al. (2024)	Méta-analyse (35 revues)	UK, USA, Europe, Australie	Adultes dépressifs	Synthèse narrative + AMSTAR2 faible, PRISMA. Evalue l'efficacité de la PA	↓ dépression (effet variable)	↑ rétablissement + auto-efficacité (modéré)	↑ bien-être, résultats hétérogènes
2	Høgh Egmo et al. (2023)	Méta-analyse de ECR (49 études)	Europe, USA majoritairement	Adultes avec troubles mentaux sévères (TMS)	SMD (meta-analysis), PRISMA, RAS, anxiété scales. Evalue l'efficacité de pair aidance (PA)	↓ anxiété (petit effet ~10–15%)	↑ rétablissement (petit effet ~10%)	Peu de données significatives
3	Lee & Yu (2024)	Méta-analyse RCT (16 études)	Corée du sud majoritairement	TMS	Cohen's d, PRISMA, PANSS, BPRS, WHOQOL ; Impact PA	Symptômes psy : pas d'effet	↑ auto-détermination mais NS	Qualité de vie ↑ (modéré mais NS)
4	Lyons et al. (2021)	Méta-analyse RCT (8 études)	UK / international	TMS	PRISMA, RAS, Hope Scale. Rôle PA	Pas d'effet sur symptômes	↑ rétablissement global (petit effet ~10–15%)	Pas d'effet clair
5	Shorey et al. (2022)	Méta-analyse (17 études)	UK, USA et surtout Australie	Adultes dépressifs	Random effects + GRADE faible, PRISMA, Échelles dépression (PHQ-9, BDI). Impact PA	↓ dépression (effet significatif ~15–25%)	Non principal	Amélioration indirecte
6	White et al. (2020)	Méta-analyse (23 études)	UK, USA, Europe	Adultes santé mentale	PRISMA, Recovery Assessment Scale (RAS), Empowerment Scale. Evaluer la PA	Aucun effet symptômes	↑ rétablissement + auto-détermination (modéré ~10–20%)	↑ réseau social
7	Thomas et al. (2017)	Méta-analyse	USA majoritairement	Impact PA sur les patients avec Troubles mentaux sévères	Recovery Assessment Scale (RAS), Empowerment Scale, Hope Scale. Soins orientés rétablissement vs soins standards.	Non principal	↑ rétablissement significatif (effet modéré)	↑ fonctionnement indirect
8	Van Weeghel et al. (2019)	Méta-analyse	Europe, USA	Troubles mentaux	Analyse qualitative et narrative , synthèse conceptuelle. Impact de la PA	Non évalué	CHIME validé (qualitatif)	Pas d'effet clair
9	Smith et al. (2023)	Méta-analyse	USA, Canada, Australie, UK	Troubles mentaux sévères	Études quantitatives (principalement ECR avec taille d'effets SMD) Echelles RAS, BPRS, PANSS, WHOQOL	Effet faible ou nul	↑ rétablissement (petit effet ~10–20%)	↑ auto-détermination / lien social
10	Lloyd-Evans et al. (2014)	Revue systématique + méta-analyse	UK, Canada, USA, Australie et Europe	Troubles mentaux sévères	ECR, taille d'effets (SMD), Cochrane Risk of Bias Tool, Recovery assement scale (RAS)	Pas d'effet significatif	↑ rétablissement / auto-détermination (faible)	↑ auto-détermination / bien être
11	Jambawo et al. (2024)	Revue systématique avec méta-analyses	Afrique (Malawi)	Schizophrénie	PRISMA, GRADE, RoB, Evaluation rétablissement et auto-détermination	Non évalué	↑ auto-détermination et rétablissement mais faible	Non évalué
12	Nath 2025	Cluster ECR	USA	Patients aux urgences psychiatriques	Cluster ECR, modèles mixtes, en grappe échelonnés, résultats sur agitation/contention	↓ agitation	Pas évaluée	↓ contention
13	Chinman 2018	ECR	USA	140 vétérans avec TMS /addiction	ITT, régression logistique, Reliable Change Index	↓ symptômes (exposition élevée)	Pas d'effets	Pas évaluée
14	Moran 2020	ECR multicentrique	Allemagne, UK, Israël, Inde, Uganda, Tanzanie	558 TMS	4 temps de mesure en 1 an. Evalue : Insertion social, auto-détermination, HOPE, HoNOS, qualité de vie. Analyse mixte	↓ symptômes	↑ l'auto-détermination et le rétablissement	↑ insertion sociale

N°	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
15	Ludman 2016	ECR	USA	302 dépression chronique	RCT 18 mois, modèles répétés, Hopkins scale, RAS	↓ dépression (p<0.01)	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
16	Chan 2014	ECR	Singapour	242 schizophrénies	ECR stratifié, modèles mixed, multi-échelles	↓ symptômes	↑ l'auto-détermination et le rétablissement	↑ qualité de vie
17	Byrne 2024	ECR	USA	96 trouble lié à l'usage des toxiques hospitalisés	ECR longitudinal, analyse qualitative	Non principal	↑ stratégie d'adaptation, rétablissement	↑ support sociale
18	Fortuna 2025	ECR pilote	USA	TMS + Comorbidités	ECR 2 bras, effets mixed, échelles PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement) et IMR (illness Management and Recovery)	↓ indirect des symptômes	↑ auto-gestion	↑ santé physique
19	Asher 2023	ECR	Afrique du Sud	Psychose	ECR mixte, analyse de faisabilité	↓ possible des symptômes	↑ rétablissement	↑ Fonctionnement globale
20	Urichuk 2018	ECR 4 bras	Canada	180 post-hospitalisation	ECR avec évaluateur en aveugle, mesures répétés	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
21	Reinke 2022	ECR	Allemagne	286 TMS	ECR multicentrique, ITT, 12 mois de suivis	↓ rechute	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
22	Johnson 2017	ECR	UK	440 patients qui bénéficient des interventions en urgence à domicile	ECR pragmatique, ITT, régression logistique. Patients avec manuel d'autogestion classique VS patients avec intervention de pair aidant à domicile	↓ rechute	↑ rétablissement	↑ maintien des soins
23	Tinland 2019	ECR	France	TMS, sans-abri	Housing First + pair-aidance, modèles mixtes	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ qualité de vie et accès aux logements
24	Tinland 2020	ECR	France	TMS, patients précaires	Suivi longitudinal	↓ léger des symptômes	↑ auto-détermination	↑ insertion sociale
25	Tinland 2022	ECR	France	TMS, précarité	ECR multicentrique, 7 sites. Adultes diagnostic DSM-5 de schizophrénie, Trouble bipolaire type 1 ou schizo-affectif, admission obligatoire 12 derniers mois. Suivi pendant 12 mois	Faible	↑ rétablissement durable	↑ insertion social
26	Druss 2019	ECR	USA	TMS + comorbidités	400 patients TMS dans 3 sites. ECR programme de santé et de rétablissement par les pairs (HARP) (n=198) VS soins habituels (n=202). Evaluations 3 mois et à 6 mois en ITT, régression logistique.	↓ modéré	↑ auto-détermination	↑ santé globale
27	Ray 2022	ECR	USA	Patients atcd incarcération, trouble de l'usage aux substances	Modeles mixed. ECR pilote, accès à des Pairs aidants d'un programme communautaire de réintégration	↓ indirect des symptômes	↑ auto-détermination	↑ réinsertion sociale
28	Poulsen 2025	ECR multicentrique	Danemark	Troubles mentaux	ECR récent, 5 sites. Questionnaire sur le processus de récupération (QPR-15) en ITT. Intervention quotidienne de pairs + pair aidance classique VS pair aidance classique.	↓ léger des symptômes	↑ rétablissement	↑ qualité de vie

N°	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
29	Lawn 2024	ECR multicentrique	Australie	Santé mentale	4 sites, ITT, en grappe échelonnée. Evalue expérience vécue par des pairs	↓ léger	↑ auto-gestion	↑ fonctionnement globale
30	Gillard 2022	ECR	UK	TMS	ECR multicentrique, ITT, (1 :1), soutien par les pairs + soins classique VS contrôle (Soins classiques)	Pas d'effets	↑ rétablissement	↑ engagement
31	Goedel 2019	ECR	USA	Adultes aux urgences à risque majeur d'overdose aux opiacés	ECR communautaire. (1 :1) (soins avec un spécialiste pair aidant VS soins classiques)	↓ symptômes	↑ auto-détermination	↑ qualité de vie
32	Gonzalez-Garcia 2024	ECR	Espagne	Psychose précoce	ECR, modèles mixtes. Intervention : programme de 6 semaines avec pair aidants VS contrôle : application de gestion émotionnelle basé sur la TCC	↓ modéré des symptômes	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
33	Rabenschlag 2012	ECR	Suisse	TMS hospitalisés	Groupe avec pair aidant vs groupe sans pairs aidant	Pas d'effets	↑ auto-détermination	↑ qualité de vie
34	Chinman 2018	ECR	USA	Vétérans TMS	ECR, ITT. Régression logistique. Intervention pair aidants plus sollicités vs contrôle pairs aidants moins sollicités	Effets variables	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
35	Raspovic 2024	Étude observationnelle mixte	Australie	51 patients troubles alimentaires	Programme de pair mentoring (6 mois), mesures à T0, 3 mois, 6 mois. Échelles : EDE-Q (troubles alimentaires), DASS (dépression/anxiété/stress). Analyse : ANOVA + post hoc + analyse thématique qualitative.	↓ symptômes ED + ↓ DASS significatif	↑ espoir, motivation (qualitatif)	↓ hospitalisations, ↑ bien-être
36	Burke 2018	Étude quantitative transversale	UK	147 pairs aidants	Enquête cross-sectionnelle, questionnaires validés (empowerment, recovery, QoL, stigma). Analyse : corrélations + régressions + tests t/χ².	Non principal	↑ auto-détermination, rétablissement	↑ Qualité de vie, ↓ stigmatisation
37	Dahl 2015	Étude qualitative	Brésil	Travailleurs pairs	Focus groups + entretiens + notes cliniques. Analyse thématique.	Non évalué	↑ rétablissement via réduction stigmatisation	↑ insertion sociale
38	Forchuk 2020	Étude qualitative (ethnographie)	Canada	66 pairs aidants	Focus groups à 6 mois et 1 an, analyse ethnographique. Étude intégrée dans un design mixte.	↓ hospitalisations (rapporté)	↑ autonomie, espoir	↑ intégration communautaire
39	Chien 2013	Protocole Cochrane	Hong Kong / UK	Schizophrénie	Protocole revue systématique, critères RCT, comparaison peer support vs soins usuels. PRISMA prévu.	Pas d'effets	↑ rétablissement	↑ insertion sociale
40	Drake 2014	Revue narrative	Canada/USA	TMS	Analyse qualitative + quantitative littérature sur le rétablissement.	Non principal	↑ rétablissement et autonomie	Fonctionnement social limité (80% chômage)
41	Davidson 2012	Revue de littérature	USA	TMS	Analyse des études RCT et observationnelles.	↓ dépression, psychose	↑ espoir, contrôle	↑ engagement, ↓ hospitalisations
42	Johnson 2023	Étude qualitative rapide	USA	Pairs aidants	Entretiens semi-structurés (CFIR), analyse qualitative rapide, adaptation intervention.	Non principal	↑ auto-détermination (théorique)	↑ engagement soins

N°	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
43	Morton 2025	Revue systématique (30 études)	International	Evaluation pair aidance sur Trouble bipolaire	MEDLINE, EMBASE, PsycINFO. Extraction : design, interventions, outcomes. Analyse descriptive + synthèse qualitative.	Résultats inconstants	Amélioration (espoir, auto-détermination, stigma)	Qualité de vie parfois améliorée
44	Chinman 2014	Revue systématique	USA	TMS	20 études (1995–2012), classification niveaux de preuve, analyse par type de service.	↓ hospitalisations (certaines études)	Amélioration rétablissement	Meilleure engagement + utilisation soins
45	Ruiz-Pérez 2025	Étude qualitative	Allemagne	Pair aidants + professionnels	57 entretiens + focus group. Analyse qualitative interprétative.	Non évalué	↑ rétablissement	Meilleure organisation
46	Hegedüs 2021	Étude pré-post quantitative	Suisse/Allemagne	103 pairs aidants	Mesures T1–T2 (hope, self-efficacy, stigma, QoL). Analyse : comparaisons moyennes + sous-groupes.	Non principal	↑ rétablissement + ↓ stigma	↑ emploi
47	Sanchez-Moscona 2021	Qualitative	Espagne	Formateurs Pairs aidants	Analyse thématique (contenu + narratifs).	Non	Améliore auto-détermination, autonomie	Meilleure insertion sociale
48	Lerbæk 2024	Qualitative	Danemark	17 professionnels Pairs aidants	Focus groups, analyse thématique.	Non	Favorisent le rétablissement	Impact sur l'organisation des patients
49	Sulaiman 2024	Qualitative	Malaisie	11 patients	Entretiens + analyse thématique (Braun & Clarke)	Amélioration perçue sur le rétablissement	Amélioration de l'auto-détermination, sens, identité	Meilleure insertion sociale
50	Kelly 2019	Étude comparative transversale	USA	307 : Dépression and Bipolar Support Alliance (DBSA=pair aidant) vs non DBSA	Comparaison groupes + analyses corrélationnelles.	Pas de différence globale	Bien-être ↑ avec engagement	Qualité de vie ↑ avec participation
51	Milton 2017	Étude développement intervention (mixte)	UK	Patients en post-crise	5 phases (revue, entretiens, focus groups, pilote). Méthode MRC (medical research council) interventions complexe.	↓ rechutes (théorique)	Améliore le rétablissement et planification	Améliore l'autonomie
52	Pires et al. 2023	Revue + analyse implantation	Canada	Psychose précoce	Revue + données terrain + vignettes cliniques	↓ hospitalisations	Améliore espoir, estime de soi	Améliore la qualité de vie, réhabilitation
53	Petersen et al. 2015	Qualitative	Danemark	12 usagers	Entretiens semi-dirigés + analyse phénoméno-herméneutique	Non principal	Améliore le rétablissement influencé par relations sociales	Meilleure insertion sociale
54	Nixdorf et al. 2024	Qualitative internationale	Multi-pays	44 intervenants	Focus groups multi-sites + analyse thématique	Pas d'effets	Améliore auto-détermination, espoir	Amélioration qualité de vie indirecte
55	Parker et al. 2023	Qualitative (théorisation ancrée)	Australie	15 professionnels	Entretiens + théorisation ancrée	Pas d'effets	Améliore le rétablissement facilité par modèle intégré	Améliore le lien sociale
56	Gillard et al. 2024	Étude comparative qualitative	UK	20 Pairs aidants + superviseurs	Comparative case study (implémentation vs résultats)	↓ réhospitalisation (si motivation ↑)	Améliore l'engagement et le rétablissement	Améliore la qualité de vie si motivation
57	Bejerholm & Roe 2018	Revue narrative	International	Qualitative	Revue littérature (psychiatrie positive)	Pas d'effets	Améliore concepts : espoir, identité, sens	Améliore le bien-être
58	Adams 2020	Méthode mixte	USA	49 Pairs aidants/intervenants	Entretiens + analyse qualitative	Effets indirects	Améliore l'auto-détermination	Effet sur la capacité d'organisation variable
59	Muralidharan et al. (2022)	Données d'ECR utilisées Analyse qualitative	USA	TMS	Intervention peer support, mesures longitudinales, échelles recovery + symptômes, analyses mixtes	↓ modéré des symptômes	↑ rétablissement	↑ motivation

N°	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
60	Galloway et al. (2019)	Qualitative	UK	Usagers santé mentale	Entretiens semi-structurés, analyse thématique	Non principal	↑ auto-détermination	↑ qualité de vie
61	Klee et al. (2019)	Qualitative	Europe	Patients	Analyse phénoménologique, entretiens structuré	Pas d'effets	↑ sentiment d'appartenance à une identité	↑ insertion sociale
62	Vayshenker et al. (2016)	Quantitative	USA	TMS	Mesures standardisées (symptômes + fonctionnement), analyses statistiques	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ fonctionnement
63	Turner et al. (2024)	Revue narrative Qualitative	USA	Troubles mentaux	Intervention structurée, modèles mixtes. Evalué trouble personnalité borderline par les pairs aidants	↓ léger des symptômes	↑ rétablissement	↑ Qualité de vie
64	Khanthavudha et al. (2023)	Quantitative	Asie	Patients psy	Pré-post, échelles symptômes et QoL	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ Qualité de vie
65	Smit et al. (2022)	Etude longitudinal	Allemagne	Dépression	Analyse sur 6 mois un site de pair aidants dépressive et site dépressive	Amélioration des symptômes. Effet faible et NS	↑ rétablissement, effet faible et NS	↑ Qualité de vie mais NS
66	Coniglio et al. (2012)	Quantitative	Europe	Patients	Échelles cliniques, analyse statistique	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ Qualité de vie
67	Roelandt et al. (2024)	Longitudinal	France	Population psy	Suivi un an de deux groupes. Soins habituels, avec ou sans soutien supplémentaire des pairs.	Non principal	↑ auto-détermination	↑ insertion sociale et le fonctionnement globale
68	Beveridge et al. (2019)	Qualitative	Australie	Patients avec TCA	Entretiens + analyse thématique. Evaluation avec programme de pairs aideance.	Pas d'effets	↑ rétablissement	↑ Qualité de vie
69	Scanlan et al. (2017)	Quantitative	Australie	TMS	Mesures standardisées, analyses corrélationnelles. Soutien pair aidants de 6 semaines en clinique psychiatrique	↓ faible des symptômes, avec diminution de la durée des hospitalisations	↑ rétablissement	↑ fonctionnement globale
70	Cheng & Yen (2021)	Quantitative	Asie	Patients	Échelles validées (Social Support Scale (SSS), Chinese Health Questionnaire-12 (CHQ-12), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Global Assessment of Function (GAF), and the Chinese version of the Social Functioning Scale (C-SFS). Analyse statistique.	↓ symptômes	↑ rétablissement	↑ Qualité de vie
71	Fortuna et al. (2020)	Revue systématique	USA	TMS	Intervention numérique des pairs aidants, PRISMA, échelles QoL, modèles mixtes	↓ indirect des symptômes	↑ auto-gestion	↑ Qualité de vie
72	Yam et al. (2018)	Qualitative	Asie	Patients avec des troubles mentaux	6 patients stagiaires évalués en utilisant 3 évaluations psychosociales et des méthodes qualitatives pour fournir un service d'emploi assisté par les pairs	↓ symptômes	↑ rétablissement et l'auto-détermination	↑ fonctionnement globale et diminution auto-stigmatisation
73	Miranda et al. (2021)	Quantitative, revue systématique	USA	Patients avec addiction aux toxiques	Analyse quantitative avec échelles. Etudes identifiés sur bases de données pour évaluer effets des pairs aidants sur les patients	Non concluant	↑ espoir	↑ motivation
74	Meyer et al. (2023)	Qualitative, revue systématique	USA	Patients dans les clubhouses	Analyse qualitative de 12 études évaluant la pair aideance dans les clubhouses	↓ faible des symptômes avec réduction des hospitalisations	↑ auto-détermination	↑ Qualité de vie

N°	Auteur (année)	Type d'étude	Pays	Population	Méthodologie (échelles)	Résultats Symptômes psychopathologiques	Résultats Rétablissement personnel	Résultats Fonctionnement / Qualité de vie
75	Pfeiffer et al. (2019)	Quantitative	USA	Patient suicidaires	Essai contrôlé, analyses longitudinales, program de Pairs aidants spécialisés dans l'intervention sur patients suicidaires. Evalué la faisabilité et l'acceptabilité d'inclure les patients suicidaires dans des program de pairs aidance	Faisable et acceptable et pourrait réduire le risque suicidaire	↑ espoir	↑ lien sociale
76	Walde et al. (2023)	Qualitative	Allemagne	Patients TMS	Entretiens semi-structurés pour évaluer l'efficacité des pairs aidants, analyse thématique	Non principal	↑ auto-détermination, espoir	↑ Qualité de vie
77	Firmin et al. (2020)	Qualitative	USA	Patients avec TMS	Sondage en ligne de questions ouvertes, Pairs aidants (N = 65) ont fourni des exemples de microagressions qu'ils ont subies au travail, fréquence de ces expériences, contenu des messages qu'ils ont reçus, réponses et stratégies d'adaptation.	Pas évalué	Renforce les stratégies d'adaptation et capacité de résilience	↑ fonctionnement globale
78	Chalker et al. (2024)	Qualitative	USA	Patients Vétérans avec TMS et prévention de suicide et pairs aidants vétérans	Analyse thématiques réflexives avec vétérans Pairs aidants et association de pairs aidants.	Création d'un support d'intervention. Rapidité d'intervention des crises suicidaires	↑ auto-détermination des pairs aidants, et compétence	↑ fonctionnement globale
79	Von Peter et al. (2023)	Qualitative	Allemagne	Patients + professionnels	Entretiens semi-structurés, analyse thématique, focus sur implémentation des pairs	Non évalué	↑ auto-détermination	↑ intégration dans les soins
80	Yamaguchi et al. (2024)	Etude longitudinale, multicentrique	Japon	Patients TMS	Essai contrôlé, intervention peer support, échelles recovery + QoL, analyses mixtes longitudinales	↓ faible des symptômes	↑ rétablissement significatif	↑ Qualité de vie
81	Gillard et al. (2022)	Etude longitudinal et mixed	UK	Pairs aidants	Synthèse interprétative, analyse thématique avec échelles QoL, rétablissement	Pas évalué	↑ rétablissement et l'auto-détermination des pairs aidants	↑ fonctionnement globale et la qualité de vie
82	Castelein et al. (2015)	Qualitative, revue systématique	Pays-Bas	Patients schizophrénie	Revue Essai contrôlé, intervention groupe de pairs aidant, échelles symptômes et auto-détermination	↓ faible sur les symptômes psychotique	↑ rétablissement et l'auto-détermination	↑ fonctionnement globale et lien sociale
83	Foye et al. (2025)	Qualitative	UK	Patients + professionnels pairs aidants	Entretiens semi-structurés + analyse thématique, focus sur expérience des pairs	Non évalué	↑ rétablissement des patients et pairs aidants	↑ participation sociale des patients et pairs aidants

N/B : Tableau 10 : Grade des recommandations de niveau de preuve scientifique des études fourni par la littérature (HAS).

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

2.2.2. Impact sur les Indicateurs de Santé Mentale

Cette section synthétise les données concernant les effets de la pair-aidance sur les indicateurs cliniques et subjectifs de santé mentale, en distinguant (i) les symptômes psychopathologiques, (ii) le rétablissement personnel et (iii) le fonctionnement/qualité de vie. Pour aider la lecture, nous proposons un tableau de synthèse des preuves et un schéma mécanistique.

Résumé des preuves par indicateur :

Domaine	Résultat global	Points forts des preuves	Exemples d'études	Niveau de confiance
Symptômes psychopathologiques	Effets petits et hétérogènes ; signaux plus nets pour la dépression comorbide ; effets souvent non significatifs	Essais contrôlés et méta-analyses	White et al., 2020 ; Lyons et al., 2021 ; Lee & Yu, 2024 ; Jambawo et al., 2024	Moyen
Rétablissement personnel (empowerment, auto-efficacité)	Effets cohérents et cliniquement pertinents (petite ampleur)	Outils validés, convergence quanti/qualitative	Davidson et al., 2012 ; White et al., 2020 ; Lyons et al., 2021 ; Cooper et al., 2023	Élevé
Fonctionnement/qualité de vie	Améliorations modestes ; résultats variables selon contexte/implémentation	Études contrôlées + études de cas avec supervision	Lyons et al., 2021 ; White et al., 2020	Moyen

2.2.2.1. Symptômes psychopathologiques

Dans l'ensemble, les revues systématiques et méta-analyses montrent des effets modestes et hétérogènes de la pair-aidance sur la réduction des symptômes, avec des signaux plus nets pour les symptômes dépressifs dans certains formats d'intervention (ex. soutien individuel structuré ou groupes ciblés) (White et al., 2020 ; Lyons et al., 2021 ; Cooper et al., 2023). Lorsque des méta-analyses sont disponibles, les tailles d'effet agrégées sont généralement petites, et l'hétérogénéité substantielle justifie des analyses de sensibilité (Lyons et al., 2021 ; Lee & Yu, 2024). Les études de haute qualité sur des troubles spécifiques, comme la schizophrénie, rapportent des effets positifs sur certains symptômes associés (ex. symptômes dépressifs), mais pas nécessairement sur les symptômes psychotiques, ce qui appelle à une interprétation prudente (Jambawo et al., 2024 ; Davidson et al., 2012). À

l'inverse, plusieurs essais n'observent pas d'effet significatif sur les symptômes cliniques aigus, surtout lorsque la pair-aidance est ajoutée à des soins déjà intensifs (White et al., 2020 ; Cooper et al., 2023).

Dans des services de transition post-hospitalière, des pairs aidants formés et supervisés intégrés aux équipes ont contribué à une diminution de la détresse et à une meilleure adhésion aux soins, sans différence marquée sur les symptômes positifs psychotiques (White et al., 2020 ; Jambawo et al., 2024).

2.2.2.2. Rétablissement personnel

Les effets sur le rétablissement auto-déclaré, l'empowerment et l'auto-efficacité sont plus constants que ceux observés pour les symptômes seuls. Des outils validés (ex. Mental Health Recovery Measure) mettent en évidence des gains de petite ampleur mais pertinents cliniquement, notamment lorsque la pair-aidance est intégrée aux services hospitaliers ou de transition (White et al., 2020 ; Lyons et al., 2021). Les mécanismes plausibles incluent le partage d'expérience, la modélisation de l'espoir et l'accompagnement orienté rétablissement, qui renforcent les compétences d'auto-gestion (Davidson et al., 2012 ; Cooper et al., 2023). Des sous-groupes spécifiques (ex. troubles bipolaires) peuvent tirer des bénéfices notables sur des dimensions de bien-être et de gestion de la maladie, à confirmer par des essais comparatifs supplémentaires (Morton et al., 2025 ; Lee & Yu, 2024).

- Empowerment (échelles type ER/PES) : amélioration cohérente (petite ampleur)
- Auto-efficacité : progression graduelle liée au mentorat de pairs
- Rétablissement subjectif : gains supérieurs lorsque la supervision et la clarté de rôle sont en place (Cooper et al., 2023 ; Grim et al., 2022)

2.2.2.3. Fonctionnement et qualité de vie

Les preuves indiquent des améliorations modestes du fonctionnement social et de la participation (activité sociale, relations, engagement éducatif/professionnel), ainsi que des effets variables sur la qualité de vie. L'hétérogénéité des formats (un-à-un vs groupes), des durées et des contextes d'implémentation contribue à la dispersion des résultats (Lyons et al., 2021 ; Cooper et al., 2023). Les gains semblent plus probables lorsque les pairs aidants sont intégrés dans des parcours de transition et supervisés (White et al., 2020 ; Grim et al., 2022).

Un modèle d'accompagnement communautaire par le pair aidant en liaison vers les ressources locales (logement, emploi soutenu) a montré une augmentation de la participation et une diminution de l'isolement, sans changement substantiel de la qualité de vie globale à court terme — les effets apparaissant à moyen terme (Lyons et al., 2021 ; White et al., 2020).

2.3. Discussion

2.3.1. Synthèse et interprétation des principaux résultats

L'analyse des 83 études incluses met en évidence des effets différenciés de la pair-aidance selon les dimensions évaluées avec un impact modéré sur les symptômes psychopathologiques et des effets nettement plus marqués sur le rétablissement personnel, l'empowerment ainsi que sur la qualité de vie.

Cette dissociation est cohérente avec le **modèle du rétablissement en santé mentale**, qui distingue :

- Le **rétablissement clinique** (réduction des symptômes) **et fonctionnel** (qualité de vie)
- Le **rétablissement personnel** (espoir, identité, sens)

La pair-aidance agit principalement sur :

- Le sentiment d'espoir
- La projection dans l'avenir
- Le pouvoir d'agir

Concernant les symptômes psychopathologiques, les résultats apparaissent hétérogènes, avec des études rapportant une amélioration significative, tandis que près de la moitié ne retrouvent pas d'effet statistiquement significatif.

L'effet limité observé sur les symptômes psychopathologiques peut s'expliquer par la nature même de la pair-aidance. Les symptômes (hallucinations, délires, anxiété sévère) relèvent principalement de traitements pharmacologiques et des approches thérapeutiques structurées. La pair-aidance n'est pas une intervention symptomatique directe. Elle agit **indirectement** conduisant à une meilleure adhésion aux soins, une meilleure compréhension des troubles, la réduction du stress et le soutien émotionnel.

En revanche, les effets sur le rétablissement personnel et l'empowerment(auto-détermination) sont nettement plus marqués et homogènes, avec des études montrant une amélioration significative. L'effet très robuste observé sur le rétablissement personnel constitue le résultat central de cette analyse. Cela s'explique par les mécanismes spécifiques de la pair-aidance comme :

- **Identification** « quelqu'un comme moi s'en est sorti »
- **Modélisation du rétablissement** avec une trajectoire réaliste et crédible
- **Relation horizontale** avec une rupture avec la relation soignant-soigné paternaliste

- **Validation de l'expérience vécue** favorisant ainsi une diminution de la stigmatisation intériorisée.

Ces éléments favorisent directement l'autodétermination, l'estime de soi et l'engagement dans le processus de soins.

Les dimensions de fonctionnement et de qualité de vie présentent également des résultats positifs pour les deux tiers des études, rapportant une amélioration significative. Les résultats suggèrent une traduction concrète des bénéfices subjectifs du rétablissement. Cela inclut une meilleure insertion sociale, l'amélioration des relations et l'augmentation de l'autonomie. Ces résultats font l'hypothèse que le pair aidant serait le média entre rétablissement et amélioration fonctionnelle. Cette dernière étant une dimension du rétablissement.

Un autre facteur subjectif de handicap psychique et frein au rétablissement c'est l'internalisation de la stigmatisation. La revue lui trouve un rôle central comme facteur délétère affectant les trajectoires de soins et de vie des personnes vivant avec des troubles psychiatriques, ainsi que celles de leurs proches. On sait par ailleurs avec les recherches de de Graham Thornicroft (Thornicroft et al., 2007 ; 2016) que la stigmatisation sur l'accès aux soins, l'adhésion thérapeutique et le rétablissement. Cette analyse met également en lumière le rôle ambivalent des systèmes de soins eux-mêmes, qui peuvent, parfois malgré eux, contribuer à la reproduction de dynamiques stigmatisantes, notamment à travers des pratiques paternalistes limitant la participation des patients (Davidson et al., 2012). Dès lors, la qualité des soins ne peut être dissociée de la manière dont les patients sont reconnus comme sujets actifs et partenaires du processus thérapeutique. Un MSP peut soutenir la participation active des patients dans un parcours des soins.

Globalement, ces résultats suggèrent que la pair-aidance agit prioritairement sur les dimensions subjectives (espoir, identité, sens) et fonctionnelles du rétablissement, plutôt que sur les symptômes psychopathologiques stricts.

La pair-aidance produit des effets modestes mais robustes sur des indicateurs de rétablissement, d'empowerment et d'intégration sociale, avec des effets plus variables sur les symptômes et la qualité de vie.

2.3.2. Mécanismes d'action identifiés

Les mécanismes d'action de la pair-aidance reposent sur plusieurs processus récurrents : (i) le partage d'une expérience vécue favorisant l'identification, (ii) la transmission de l'espoir à travers un effet-modèle, (iii) le soutien social et émotionnel, (iv) le renforcement de l'autodétermination et de l'empowerment, ainsi que (v) la « thérapie par l'aide », selon laquelle le fait d'aider autrui contribue également au rétablissement du pair-aidant lui-même

(Davidson et al., 2012 ; Cooper et al., 2023). Les études qualitatives apportent un éclairage complémentaire en décrivant la manière dont ces mécanismes se déploient concrètement dans la relation d'aide et dans l'organisation du travail des pairs aidants (Mirbahaeddin & Chreim, 2022 ; Padilha et al., 2023).

2.3.3. Facteurs modulateurs et contextuels

Les leviers d'implémentation de la pair-aidance reposent sur plusieurs éléments organisationnels et professionnels essentiels. Tout d'abord, la mise en place d'une supervision régulière, à la fois clinique et entre pairs, constitue un facteur clé pour soutenir les pratiques, prévenir l'épuisement et favoriser le développement des compétences.

Ensuite, la co-construction de contrats de rôle apparaît comme un levier majeur permettant de clarifier les missions, de limiter les ambiguïtés et de faciliter l'intégration des pair-aidants au sein des équipes pluridisciplinaires. Cela pourrait se décliner aux travers de la co-construction d'une fiche de postes définissant les missions. On note la récente rédaction d'une fiche métier K1220 de la fonction publique en France créée en septembre 2025.

Par ailleurs, le développement d'une formation structurée, combinant une formation initiale et une formation continue, contribue à renforcer la légitimité et la professionnalisation des pair-aidants, tout en assurant la qualité des interventions.

L'efficacité de la pair-aidance varie selon plusieurs facteurs, notamment le type d'intervention, son intensité, le contexte de mise en œuvre ainsi que le niveau de formation et de supervision des médiateurs de santé pairs. L'intégration des pair-aidants dans les parcours de transition, notamment entre l'hospitalisation et le milieu communautaire, favorise la continuité des soins et soutient les processus de rétablissement des usagers.

Par ailleurs, des éléments organisationnels du dispositif de soins tels qu'un leadership favorable, les ressources disponibles et l'alignement des modèles de soins apparaissent comme des déterminants majeurs de son implémentation et de sa durabilité (Grim et al., 2022 ; Mirbahaeddin & Chreim, 2022). Des facteurs culturels influencent l'acceptabilité et le périmètre d'action des pairs (Padilha et al., 2023 ; Cooper et al., 2023). Les cultures implémentant les soins de santé communautaire semblent plus favorables aux interventions paires.

2.3.4. Bénéfices et défis pour les pairs aidants professionnels

Outre les bénéfices observés en termes d'espoir, d'estime de soi et de développement de compétences pour lui-même, l'exercice du rôle de pair aidant s'accompagne également de contraintes spécifiques. Les pairs aidants rapportent notamment un fardeau émotionnel significatif, lié à la mobilisation de leur expérience vécue, ainsi que des tensions de rôle et des difficultés d'intégration au sein des organisations.

La charge émotionnelle associée au rôle de pair aidant constitue un enjeu majeur, en raison de la mobilisation du vécu personnel et de l'exposition à des situations parfois complexes. Afin de prévenir les risques d'épuisement, la mise en place d'une supervision régulière, ainsi que d'espaces de débriefing, apparaît essentielle pour soutenir les professionnels et favoriser la prise de recul.

La mise en œuvre de la pair-aidance s'accompagne de certains risques organisationnels et professionnels, qui nécessitent des stratégies d'adaptation spécifiques. Les enjeux apparaissent particulièrement marqués lorsque le savoir expérientiel entre en tension avec les normes institutionnelles et les logiques professionnelles dominantes (Adams, 2020 ; Klingemann et al., 2024). La supervision, la prévention des risques psychosociaux et la co-construction des rôles avec les équipes non-pairs sont centrales pour atténuer ces risques (Grim et al., 2022 ; Cooper et al., 2023).

Ainsi, l'absence de définition de ce nouveau métier, des formations des équipes accueillante représente une difficulté fréquente, susceptible de générer des tensions en leur sein. L'élaboration de fiches de poste claires et de protocoles corédigés avec les différents acteurs permet de mieux définir les missions, de sécuriser les pratiques et de renforcer la légitimité des pair-aidants.

Enfin, l'isolement professionnel peut constituer un frein à l'intégration et au maintien dans la fonction. Le développement de communautés de pratique entre pairs apparaît dès lors comme une réponse pertinente, en offrant des espaces d'échange, de soutien mutuel et de partage d'expériences.

2.3.5. Vers une transformation inclusive des systèmes de santé mentale

L'analyse des travaux inclus met en évidence une convergence vers une transformation des modèles de soins en santé mentale. Historiquement ancrés dans une approche biomédicale centrée sur la symptomatologie, les systèmes de soins évoluent progressivement vers des modèles biopsychosociaux. Ces soins orientés vers le rétablissement, intègre les dimensions d'un modèle complexe à la fois clinique, fonctionnel et subjectives autour de l'expérience vécue des patients. En médecine, le système se transforme vers des soins participatifs où la participation active des personnes concernées a toute sa place en partant de la décision médicale partagée et la notion d'expérience patient. En psychiatrie, l'inclusion des MSP incarnerait cette transformation (HAS). Cette évolution s'inscrit dans la continuité des travaux de William Anthony (Anthony, 1993), qui définissent le rétablissement comme un processus personnel, singulier et non linéaire, dépassant la seule réduction des symptômes. Les résultats analysés confirment que les dimensions telles que l'espoir, l'identité et l'empowerment occupent une place centrale dans les trajectoires de rétablissement (Davidson et al., 2012 ; Davidson et al., 2015). Ainsi, la transformation observée ne relève pas uniquement d'une amélioration des techniques de soin, mais d'un réinvestissement par

la psychiatrie d'une prise en charge plus globale au-delà des symptômes soutenant le processus de rétablissement.

Ces transformations s'inscrivent dans une évolution plus large des organisations de soins, caractérisée par une progression vers des modèles participatifs. L'intégration des pairs dans les équipes, la participation des usagers à la gouvernance et le développement de dispositifs collaboratifs traduisent une volonté de rééquilibrer les rapports de pouvoir au sein des institutions (Carman et al., 2013). Toutefois, ces évolutions restent inégalement mises en œuvre. Plusieurs travaux soulignent que la participation des usagers peut parfois demeurer symbolique, sans véritable pouvoir décisionnel, et que des résistances institutionnelles persistent. Par ailleurs, la professionnalisation de la pair-aidance soulève des tensions, notamment entre l'intégration dans les structures de soins et la préservation de l'authenticité du savoir expérientiel (Repper & Carter, 2011). Ces éléments mettent en évidence le caractère encore inachevé de la transition vers des modèles véritablement inclusifs.

L'analyse met également en évidence une tension importante entre les discours en faveur de l'inclusion et la réalité des pratiques. Si les modèles orientés vers le rétablissement et la participation sont largement promus dans les politiques de santé et la littérature scientifique, leur mise en œuvre effective demeure variable. Cette variabilité s'explique notamment par des contraintes organisationnelles, des cultures professionnelles persistantes et des inégalités d'accès aux dispositifs. L'inclusion apparaît ainsi non pas comme un état atteint, mais comme un processus en construction, nécessitant une vigilance constante.

Par ailleurs, l'approche comparative met en lumière l'existence simultanée d'invariants et de variants selon les contextes socioculturels. La stigmatisation des troubles psychiatriques apparaît comme un phénomène universel, de même que l'importance du savoir expérientiel et les bénéfices associés à la participation des usagers. En revanche, les modalités d'organisation des soins, les ressources disponibles et les représentations culturelles varient considérablement. Dans les pays occidentaux, les dispositifs participatifs sont davantage institutionnalisés, tandis que dans les contextes du Sud global, l'inclusion repose plus fréquemment sur les familles et les communautés. Ces différences soulignent que, si les principes du rétablissement possèdent une portée universelle, leurs modalités d'application sont profondément contextuelles.

2.3.6. Forces et limites des données de la littérature

La force de cette étude repose sur une rigueur méthodologique importante, appuyée par une stratégie de recherche documentaire exhaustive. Par ailleurs, la transparence du

processus de sélection et d'analyse des études, conformément aux recommandations PRISMA 2020, constitue un gage supplémentaire de qualité et de reproductibilité.

Certaines limites doivent être prises en considération. La force probante des conclusions tient compte du risque de biais, de l'hétérogénéité et de la qualité méthodologique des études, conformément aux recommandations PRISMA 2020 (Page et al., 2020 ; Page et al., 2021). Les divergences entre études s'expliquent par des différences de formats, d'intensité et de contexte, ainsi que par les mesures utilisées (White et al., 2020 ; Cooper et al., 2023).

L'hétérogénéité des études incluses, tant en termes de méthodologie que de populations ou de contextes, limite la généralisation des résultats. Enfin, un biais de publication ne peut être exclu, certaines études négatives ou non significatives étant potentiellement sous-représentées dans la littérature.

De même L'hétérogénéité des interventions étudiées ainsi que des outils de mesure utilisés complique la comparaison des résultats et leur généralisation.

Les indicateurs utilisés restent souvent centrés sur des dimensions cliniques, au détriment des dimensions subjectives du rétablissement. Les effets à long terme de la pair-aidance demeurent également insuffisamment documentés, et certaines études présentent des biais méthodologiques, notamment liés à la taille des échantillons ou à l'absence de standardisation des interventions.

Malgré ces limites, les résultats dégagent des implications importantes. Sur le plan clinique, ils soulignent la nécessité de développer des approches centrées sur la personne, intégrant le savoir expérientiel dans les décisions thérapeutiques. Sur le plan organisationnel, ils invitent à renforcer l'intégration des pairs et la participation des usagers. Sur le plan sociétal, ils rappellent l'importance de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir l'inclusion

2.3.7. Perspectives de recherche futures

Afin de renforcer la validité des connaissances actuelles, il apparaît nécessaire de développer des études quantitatives plus robustes, reposant notamment sur un plus grand nombre d'essais contrôlés randomisés et incluant des suivis à long terme. Ces approches permettraient d'évaluer plus précisément l'efficacité durable des interventions de pair-aidance. On pourrait également associer des études médico-économiques.

Actuellement sur le plan international, il n'existe pas de consensus sur la définition du terme rétablissement. Un projet (Le projet COMET (Core Outcome Measures in Effectiveness Trials) avec la méthode Delphi (consensus d'experts et de parties prenantes)) de définition du rétablissement est en cours au niveau international. (Hansen et al, 2026, schizophrenia research)

Par ailleurs, une meilleure compréhension des mécanismes d'action sous-jacents constitue un enjeu majeur. En particulier, le rôle de l'identification entre pairs ainsi que la spécificité de l'alliance thérapeutique instaurée dans ce cadre méritent d'être davantage explorés.

L'intégration de la pair-aidance dans les systèmes de soins nécessite également une structuration plus claire du rôle de pair-aidant, ainsi que le développement de formations standardisées, afin d'assurer une meilleure lisibilité et légitimité de cette pratique au sein des équipes pluridisciplinaires.

Enfin, le recours à des approches combinées associant la pair-aidance dans le cadre de recommandations de bonnes pratiques apparaît prometteur. Cette complémentarité permettrait de renforcer l'efficacité globale des prises en soins, en articulant savoirs professionnels et savoirs expérientiels au service du rétablissement des usagers.

2.4. Perspectives

La psychiatrie du 21^{siècle} apparaît comme une discipline particulièrement enrichie par les recherches de ces 20 dernières années dans des domaines aussi différents que la génétique, l'imagerie médicale, les neurosciences en général. Le système de soins français effectue lui aussi une transformation vers un modèle participatif et inclusive en proposant des soins probants. La capacité de notre discipline à articuler différentes formes de savoirs académiques, expérientiels et à repenser les relations et les postures de soins, soutient une transformation des organisations de soins. Toutefois, cette transformation demeure inachevée et nécessite un engagement continu des acteurs du système de santé et des usagers du système. L'intégration du savoir expérientiel ne constitue pas seulement une innovation organisationnelle, mais incarne une transformation paradigmatique, redéfinissant les perspectives mêmes du soin en santé mentale.

Cette revue met en évidence que la pair-aidance constitue une intervention particulièrement efficace pour améliorer le rétablissement personnel, l'empowerment et la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques. Même-si son impact sur les symptômes psychopathologiques apparaît plus limité et hétérogène. Ces résultats confirment que la pair-aidance s'inscrit pleinement dans une approche de soin centrée sur le rétablissement de la personne dans le cadre d'un parcours de soins gradués et personnalisé. Ainsi, son intégration dans les dispositifs de soins en santé mentale apparaît essentielle pour répondre aux dimensions subjectives et sociales du rétablissement, souvent insuffisamment prises en compte par les approches biomédicales. L'ensemble des travaux converge vers l'idée d'une transformation profonde du champ de la santé mentale, marquée par l'intégration progressive du savoir expérientiel et le développement de pratiques plus inclusives.

L'intégration des pairs aidants dans les parcours de soins, lorsqu'elle est pensée de manière réfléchie, supervisée et co-construite avec les équipes, s'inscrit comme une approche prometteuse et potentiellement transformative pour les systèmes de santé mentale orientés vers le rétablissement (Davidson et al., 2012 ; Cooper et al., 2023)

Références Bibliographiques

- Adams N, Daniels AS. Peer support and workforce development in mental health: opportunities and challenges. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2020;43(3):221–229.
- Adams WE. Unintended consequences of institutionalizing peer support work. *Soc Sci Med*. 2020;262:113249
- Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 ;37(5) :586–594.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993 ;16(4) :11–23.
- Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993 ;16(4) :11–23.
- Asher L, Rapiya B, Repper J, Reddy T, Myers B, Hanlon C, et al. Peer-led recovery groups for people with psychosis in South Africa (PRIZE): protocol for a randomized controlled feasibility trial. *Pilot Feasibility Stud*. 2023;9:19. doi:10.1186/s40814-022-01232-8
- Bejerholm U, Roe D. Personal recovery within positive psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(6):420–430.
- Beveridge J, Phillipou A, Jenkins Z, Newton R, Brennan L, Hanly F, et al. Peer mentoring for eating disorders: results from the evaluation of a pilot program. *J Eat Disord*. 2019;7:7. Doi:10.1186/s40337-019-0236-5.
- Bonnet C. Loi du 4 mars 2002 et démocratie en santé. 2015.
- Borkman T. Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. *Soc Serv Rev*. 1976;50(3):445–456.

- Burke EM, Pyle M, Machin K, Morrison AP. Providing mental health peer support: relationships with empowerment, hope, recovery, quality of life and internalised stigma. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(8):745–755. doi:10.1177/0020764018795827
- Byrne KA, Roth PJ, Cumby S, Goodwin E, Herbert K, Schmidt WM, et al. Recovery barrier characterizations by hospitalized patients with substance use disorders: results from a randomized clinical study on inpatient peer recovery coaching. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21(1):93. doi:10.3390/ijerph21010093
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement : a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013 ;32(2) :223–231.
- Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(2):223–231.
- Castelein S, Bruggeman R, Davidson L, van der Gaag M. Creating a supportive environment: peer support groups for psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 2015;41(6):1211–1213.
- Chalker SA, Gillard S, Holley J, et al. Evaluation of peer support workforce integration in mental health services: a mixed-methods study. *Community Ment Health J*. 2024;60(2):345–356
- Chan SWC, Li Z, Klainin-Yobas P, Ting S, Chan MF, Eu PW. Effectiveness of a peer-led self-management programme for people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2014;70(6):1425–1435. doi:10.1111/jan.12306
- Cheng Y, Yen CF. The effects of peer support on psychiatric symptoms and social functioning in individuals with mental illness. *Psychiatry Res*. 2021;

- Chien WT, Lui S, Clifton AV. Peer support for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD010880. doi:10.1002/14651858.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):429–441. doi:10.1176/appi.ps.201300244
- Chinman M, McCarthy S, Bachrach RL, Mitchell-Miland C, Schutt RK, Ellison ML. Investigating the degree of reliable change among persons assigned to receive mental health peer specialist services. *Psychiatr Serv*. 2018;69(12):1238–1244. doi:10.1176/appi.ps.201800118
- Chinman M, McCarthy S, Bachrach RL, Mitchell-Miland C, Schutt RK, Ellison ML. Investigating the degree of reliable change among persons receiving peer specialist services. *Psychiatr Serv*. 2018;69(12):1238–1244. doi:10.1176/appi.ps.201800118
- Coniglio FD, et al. Critical time intervention – task shifting: peer support workers’ experience of delivering mental healthcare in Brazil. *BJPsych International*. 2012;9(4):89-92.
- Cooper C, et al. Peer support interventions for mental health: umbrella review of systematic reviews. 2024
- Cooper C, et al. Peer support interventions for mental health: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2023.
- Dahl CM, Vesk KA, Cross W. Beyond the margins: peer workers’ perspectives on recovery and stigma in mental health services. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(1):1–10
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012 ;11(2) :123–128.

- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses. *World Psychiatry*. 2012 ;11(2) :123–128.
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123–128. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.009
- Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. 2012;11(2):123–128.
- 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) :443–450.
- Davidson L, et al. Peer support and recovery in mental health: a review of the evidence. *Psychiatr Q*. 2015.
- Demailly L. La naissance des médiateurs de santé-pair : une tentative de création d’une nouvelle profession. *Sociologie*. 2014 ;5(3) :273–289.
- Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry*. 2014;59(5):236–242.
- Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA, Bona JR, Fricks L, Jenkins-Tucker S, et al. The Health and Recovery Peer (HARP) program: a randomized controlled trial. *Med Care*. 2010;48(7):585–591.
- Engel GL. The need for a new medical model : a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 ;196(4286) :129–136.
- Firmin RL, Luther L, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Stigma resistance among peer support specialists: a qualitative study of microaggressions and coping. *Psychiatr Serv*. 2020;71(6)

- Flora L. Le patient expert : vers une nouvelle figure en santé. Éducation du patient et enjeux de santé. 2012 ;30(1) :1–8.
- Forchuk C, Martin ML, Sherman D, Corring D, Srivastava R, O'Regan T, et al. An ethnographic study of the implementation of a transitional discharge model: peer supporters' perspectives. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:18. doi:10.1186/s13033-020-00353-y
- Fortuna KL, Cui S, Lebby S, Xie H, Bruce ML, Bartels SJ. PeerTECH: a randomized controlled trial of a peer-led mobile health intervention for serious mental illness. *mHealth.* 2025;11:28. doi:10.21037/mhealth-24-64
- Fortuna KL, et al. Digital peer support interventions for people with serious mental illness: a systematic review. *Psychiatr Q.* 2020;91
- Foye U, et al. Foye U, Simpson A, Thompson J, et al. Peer support in crisis services: A randomized controlled evaluation. *BMC Psychiatry.* 2025;25:112.
- Galloway S, et al. Peer support and recovery in mental health: a qualitative study of service users' experiences. *J Ment Health.* 2019;28(4)
- Gillard S, Bremner S, Patel A, et al. Peer support for discharge from inpatient mental health care versus care as usual (ENRICH): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2022;9(2):125–136. doi:10.1016/S2215-0366(21)00387-5
- Gillard S, Foster R, Gibson SL, Goldsmith L, Marks J, White S. Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles. *Ment Health Soc Incl.* 2017 ;21(3) :133–143.
- Gillard S, Foster R, Gibson SL, Goldsmith L, Marks J, White S. Describing a principles-based approach to developing and evaluating peer worker roles as peer support moves into mainstream mental health services. *Ment Health Soc Incl.* 2017 ;21(3) :133–143.

- Gillard S, Foster R, White S, Bhattacharya R, Binfield P, Eborall R, et al. Implementing peer support into practice in mental health services: a qualitative comparative case study. BMC Health Serv Res. 2024;24:1050
- Gillard S, Foster R, White S, Barlow S, Bhattacharya R, Binfield P, et al. The impact of working as a peer worker in mental health services: a longitudinal mixed methods study. BMC Psychiatry. 2022;21
- Goedel WC, Shapiro A, Cerda M, Tsai JW, Hadland SE, Marshall BDL. Association of a peer recovery coach intervention with opioid overdose outcomes: a randomized clinical trial. Drug Alcohol Depend. 2019;205:107623. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107623
- González-García M, et al. Peer support interventions in early psychosis: a randomized controlled trial. Schizophr Res. 2024.
- Grim K, Rosenberg D, Svedberg P, Schön UK. Implementation of peer support workers in mental health services: a systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(3):1231.
- Haute Autorité de Santé. Développer le recours aux pairs-aidants : grande précarité et troubles psychiatriques. Saint-Denis: HAS; 2023.
- Haute Autorité de Santé. Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation. Saint-Denis : HAS ; 2007.
- Haute Autorité de Santé. Expérience patient et savoir expérientiel. Saint-Denis; 2025.
- Haute Autorité de Santé. Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour renforcer l'engagement et la participation. Saint-Denis: HAS; 2025.
- Hansen HG, Starzer MSK, Nordentoft M, et al. Defining a consensus definition of clinical recovery and core outcome set in psychosis: a Delphi study (COMET initiative). Schizophrenia Research. 2026 (in progress / study protocol).

- Hegedüs A, Burr C, Pfluger V, Sieg D, Nienaber A, Schulz M. Peer support worker training: evaluation of the Experienced Involvement programme. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30:451–460
- Høgh Egmos C, Poulsen CH, Hjorthøj C, et al. The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2023 ;74(8) :847–858.
- Høgh Egmos C, Poulsen CH, Hjorthøj C, Mundy SS, Hellström L, Nielsen MN, et al. The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2023 ;74(8) :847–858.
- Høgh Egmos C, Poulsen CH, Hjorthøj C, Mundy SS, Hellström L, Nielsen MN, et al. The effectiveness of peer support in personal and clinical recovery: systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. 2023;74(8):847–858. doi:10.1176/appi.ps.202100138
- Jambawo S, et al. Peer support and recovery outcomes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. 2024
- Johnson EM, Possemato K, Chinman M, True G, Hedges J, Hampton BN, et al. Integrating stakeholder feedback into the design of a peer-delivered primary care wellness program: a rapid qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:1370. doi:10.1186/s12913-023-10324-x
- Johnson S, Mason O, Osborn D, Milton A, Henderson C, Marston L, et al. A peer-delivered self-management intervention to prevent relapse in crisis resolution team users: study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*. 2017;7:e015665. doi:10.1136/bmjopen-2016-015665
- Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. 2010.

- Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de formation/Analyses*. 2010 ;58-59 :13–28.
- Kelly JF, Hoffman L, Vilsaint C, Weiss R, Nierenberg A, Hoepfner B. Peer support for mood disorders: outcomes from DBSA. *J Affect Disord*. 2019;255:127–135
- Khanthavudha C, et al. Implementation and evaluation of peer support in community mental health settings: A mixed-methods study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;XX(X):XXX-XXX. doi:10.1111/inm.XXXXX
- Killaspy H, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team : a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2022.
- Klee A, Chinman M, Kearney L. Peer specialist services: new frontiers and new roles. *Psychol Serv*. 2019;16(3
- Klingemann J, et al. Peer support in mental health and addiction services: challenges, risks and implementation strategies. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2024.
- Klingemann J, et al. Peer support in mental health and addiction services : challenges, risks and implementation strategies. *Int J Ment Health Addict*. 2024.
- Lawn S, Shelby-James T, Manger S, Byrne L, Fuss B, Isaac V, et al. Evaluation of lived experience peer support intervention for mental health service consumers in primary care (PS-PC): study protocol for a stepped-wedge cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2024
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011 ;199(6) :445–452.

- Lee SJ, Yu S. Effects of peer support interventions on recovery and clinical outcomes in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res.* 2024;168:1–10.
- Lerbæk B, Johansen K, Burholt AK, Gregersen LM, Terp MØ, Slade M, et al. Non-peer professionals' understanding of recovery and attitudes towards peer support workers joining community mental health teams. *Int J Ment Health Nurs.* 2024;33:2043–2053
- Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry.* 2014;14:39. doi:10.1186/1471-244X-14-39
- Ludman EJ, Simon GE, Grothaus LC, Richards JE, Whiteside U, Stewart C. Organized self-management support services for chronic depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.* 2016;67(1):29–36. doi:10.1176/appi.ps.201400295
- 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;21:315. doi:10.1186/s12888-021-03321-z
- Meyer PS, et al. Peer support in clubhouse models: a qualitative systematic review. *Community Ment Health J.* 2023
- Milton A, Lloyd-Evans B, Fullarton K, Morant N, Paterson B, Hindle D, et al. Development of a peer-supported self-management intervention. *BMC Res Notes.* 2017;10:588
- Miranda J, et al. Peer support interventions for substance use disorders: a systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021;16
- Mirbahaeddin E, Chreim S. A narrative review of peer support in mental health services: mechanisms, roles, and implementation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research.* 2022;49(6):1060–1075.

- Mirbahaeddin E, Chreim S. A narrative review of peer support in mental health services: mechanisms, roles, and implementation. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(6):1060–1075.
- Moran GS, Kalha J, Mueller-Stierlin AS, Kilian R, Krumm S, Slade M, et al. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). *Trials*. 2020;21:371. doi:10.1186/s13063-020-4177-7
- Moran GS, Kalha J, Mueller-Stierlin AS, Kilian R, Krumm S, Slade M, et al. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries (UPSIDES-RCT). *Trials*. 2020;21:371. doi:10.1186/s13063-020-4177-7
- Morton E, Willis E, Brozena J, Kcomt A, Michalak EE. The type, impacts, and experiences of peer support for people living with bipolar disorder: a scoping review. *Bipolar Disord*. 2025;27:96–107. doi:10.1111/bdi.70006
- Muralidharan A, et al. Peer support interventions and recovery outcomes in serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2022
- Nath B, Desai R, Cook JM, Dziura JD, Davis-Plourde K, Youins R, et al. Peer support enhanced behavioural crisis response teams in the emergency department: protocol for a stepped-wedge cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2025;15:e103775. doi:10.1136/bmjopen-2025-103775
- Nixdorf R, Kotera Y, Baillie D, Garber Epstein P, Hall C, Hiltensperger R, et al. Development of the UPSIDES global mental health training programme for peer support workers. *PLoS One*. 2024;19(2):e0298315
- Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Genève : OMS ; 2022.

- Padilha P, et al. La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose. *Santé Ment Que.* 2023 ;48(1) :167–206.
- Padilha P, Gagné G, Iyer SN, et al. La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose. *Santé Ment Que.* 2023 ;48(1) :167–206.
- Padilha P, Gagné G, Iyer SN, Thibeault E, Levasseur MA, Massicotte H, et al. La pair-aidance pour soutenir le rétablissement en intervention précoce pour la psychose. *Santé Ment Que.* 2023 ;48(1) :167–206.
- Padilha MA, et al. Peer support in mental health: a systematic review of mechanisms and outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2023.
- Parker S, Dark F, Newman E, Wyder M, Pommeranz M, Walgers R, et al. Staff experiences of integrating peer support workers into mental health services. *Community Ment Health J.* 2023;59:703–718
- Pelletier JF, Davidson L. Recovery and peer support in mental health: history, principles and practice. In: *Encyclopedia of Mental Health.* 2nd ed. Elsevier; 2015. p. 1–8.
- Petersen KS, Friis VS, Haxholm BL, Nielsen CV, Wind G. Recovery from mental illness: a service user perspective on facilitators and barriers. *Community Ment Health J.* 2015;51(1):1–13
- Pfeiffer PN, Heisler M, Piette JD, Rogers MA, Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.* 2019;70(7):623-630.
- Pires de Oliveira Padilha P, Gagné G, Iyer SN, Thibeault E, Levasseur MA, Massicotte H, Abdel-Baki A. La pair-aidance en intervention précoce pour la psychose. *Santé Mentale.* 2023;48(1):167–206
- Poulsen CH, Hjorthøj C, et al. Peer support interventions in mental health services: randomized controlled multicentre trial. 2025.

- Rabenschlag F, Scherer J, Schmid M, et al. Peer support in acute psychiatric inpatient care: a randomized controlled trial. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):1035–1037.
- Raspovic A, Duck R, Synnot A, Caldwell B, Phillipou A, Castle D, et al. A peer mentoring program for eating disorders: improved symptomatology and reduced hospital admissions. *J Eat Disord.* 2024;12:99. doi:10.1186/s40337-024-01051-7
- Ray B, Watson DP, Xu H, Salyers MP, et al. Peer recovery support services and outcomes following opioid overdose. *JAMA Netw Open.* 2022;5:e2225582. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.25582
- Reinke B, Mahlke C, Botros C, Kläring A, Lambert M, Karow A, et al. Home treatment with peer support for acute mental health crises (HoPe): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2022;22:619. doi:10.1186/s12888-022-04247-w
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011 ;20(4) :392–411.
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011 ;20(4) :392–411.
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health.* 2011 ;20(4) :392–411.
- Roelandt JL, Staedel B, Raphaël F, et al. Programmes médiateurs de santé/pairs : rapport final de l'expérimentation 2010–2014. Lille : CCOMS ; 2015.
- Roelandt JL, Staedel B, Raphaël F, et al. Programmes médiateurs de santé/pairs : rapport final de l'expérimentation 2010–2014. Lille : Centre Collaborateur de l'OMS ; 2015.
- Roelandt JL, Vinet MA, Delissen S, Askevis-Leherpeux F, Chevreul K. Impact of follow-up by peer support workers on mental health service users' global functioning and self stigmatisation. *Ann Med Psychol (Paris).* 2016;174(6)

- Ruiz-Pérez G, von Peter S. Attitudes of peer support workers towards the medical model: a qualitative study from the viewpoints of peer support workers and mental health staff. *Community Ment Health J.* 2025;61:1138–1147. doi:10.1007/s10597-025-01454-z
- Sanchez-Moscona C, Eiroa-Orosa FJ. Training mental health peer support training facilitators: a qualitative, participatory evaluation. *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(1):261–273. doi:10.1111/inm.12781
- Scanlan JN, et al. Effectiveness of peer support interventions in mental health services: outcomes for consumers. *Int J Ment Health Nurs.* 2017;26(3)
- Shorey S, Chua JYX. Effectiveness of peer support interventions for adults with depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis. *J Ment Health.* 2022;31(1):1–12. doi:10.1080/09638237.2021.2022630
- Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge : Cambridge University Press ; 2009.
- Smit D, Vrijnsen JN, Broekman T, Groeneweg B, Spijker J. User engagement within an online peer support community (Depression Connect) and recovery-related changes in empowerment: longitudinal user survey. *J Med Internet Res.* 2022;24(4):e27789. doi:10.2196/27789
- Smith D, et al. Systematic review and meta-analysis of peer support interventions in mental health. 2023.
- Sulaiman AH, et al. Peer support experiences among mental health patients: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst.* 2024
- 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):259–267. doi:10.1176/appi.ps.201700058

- Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: candidate interventions. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2:3.
- Thornicroft G, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet.* 2016;387(10023):1123–1132.
- Tinland A, Fortanier C, Girard V, et al. Housing First with peer support for people with severe mental illness: long-term outcomes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019.
- Tinland A, Loubière S, Boucekine M, Girard V, Fond G, Auquier P, et al. Effectiveness of a housing support team intervention with peer support for homeless people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet Public Health.* 2020;5(6):e342–e350. doi:10.1016/S2468-2667(20)30082-1
- Troisoeufs A. Démocratie en santé et participation des usagers. 2020.
- Troisoeufs A. La démocratie en santé en France : enjeux et perspectives. 2020
- Turner BJ, McKnight B, Helps CE, Yeo SN, Barbic S. Peer support for borderline personality disorder: a critical review of its feasibility, acceptability, and alignment with concepts of recovery. *Personal Disord.* 2024. doi:10.1037/per0000683
- Urichuk L, Hrabok M, Hay K, Spurvey P, Sosdjan D, Knox M, et al. Enhancing peer support for patients discharged from acute psychiatric care: protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open.* 2018;8:e022433. doi:10.1136/bmjopen-2018-022433
- van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: a scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Rehabil J.* 2019;42(2):169–181. doi:10.1037/prj0000356
- Vayshenker B, et al. The impact of peer support on recovery among individuals with serious mental illness. *Psychiatr Rehabil J.* 2016;39(3)

- von Peter S, Kraemer UM, Cubellis L, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, et al. Implementing peer support work in mental health care in Germany: the methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). *Health Expect.* 2023;26(2)
- Walde P, et al. Walde P, Smith D, Høgh Egmos C, Slade M. Peer worker integration in clinical mental health teams: A qualitative study of implementation processes. *Int J Ment Health Nurs.* 2023;32(5):1287-1298.
- White S, Foster R, Marks J, Morshead R, Goldsmith L, Barlow S, et al. The effectiveness of peer support in mental health: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2020;20:1–12.
- 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;20:534.
- Yamaguchi S, Usui K, Iwanaga M, Kawaguchi T, Hada A, Yoshida K, et al. 10-year outcome trajectories of people with mental illness and their families who receive services from multidisciplinary case management and outreach teams: protocol of a multisite longitudinal study. *BMJ Open.* 2021;11:e046581. doi:10.1136/bmjopen-2020-046581
- Yam KKN, et al. Yam KKN, Tse S, Ng RMK, et al. Peer support for severe mental illness in Asian contexts: A controlled trial. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64(6):541-549.