

**Révolution tranquille.
L'implication des usagers dans l'organisation des soins
et l'intervention en santé mentale**

Baptiste Godrie

RÉSUMÉ

L'implication de personnes avec une expérience vécue des problèmes de santé mentale dans l'organisation des soins de santé mentale ne cesse de gagner du terrain, mais elle soulève encore de vives résistances de la part des professionnels de la santé mentale. Cet article dresse un bilan de leur implication au regard de la littérature scientifique internationale, en distinguant leur implication dans l'organisation des soins et dans l'intervention clinique en santé mentale. Si leur présence n'a pas pour effet de bouleverser le champ de la santé mentale, tant dans la façon dont les soins se donnent que dans la préséance toujours accordée aux savoirs professionnels sur les savoirs acquis au cours de l'expérience, elle a toutefois contribué à améliorer l'accessibilité et la qualité des soins, à promouvoir le respect des droits des patients et à mieux prendre en compte leur réalité.

ABSTRACT

A Gentle Revolution. Encouraging patients to play an active role in the running of mental health care programmes

Despite continuing opposition from mental healthcare providers, a growing number of mentally ill patients are becoming involved in the organization of the mental health care environment in general. Drawing upon international scientific literature, this article will examine patients' contribution to mental health care, although it clearly makes the distinction between their role and that of mental health clinical procedures. As priority is given to professional clinical knowledge and not to "hands on" knowledge, this initiative has not produced dramatic changes. However, it has contributed to improving access to mental health care and the quality of this care. Finally, it encourages respect for patients' rights and takes the full reality of their situation into consideration.

Introduction

« [L]’intégration dans les équipes de soins de[s] médiateurs en santé mentale, met à mal le métier de soignant, tout en déqualifiant le niveau de prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. » C’est en ces termes que les organisations syndicales des infirmiers de la fonction publique hospitalière dénonçaient, en 2012, la mise en place d’un programme expérimental de formation de pairs-aidants en santé mentale¹. À la même époque, dans une tribune médiatique, un psychiatre en milieu hospitalier se réjouissait de la contestation de ce programme qui, selon lui, ferait « croire à quelques usagers que leur expérience “vécue” de la maladie était un “plus” qui les élevait à un niveau de savoir meilleur que celui des soignants [...] »².

L’organisation des soins et l’intervention clinique en santé mentale relèvent d’ordinaire de gestionnaires et d’intervenants avec une formation universitaire. Une place croissante est accordée à des personnes qui sont « passées par-là » en référence à leur propre expérience de la maladie mentale et qui sont choisies, parce qu’elles ont avancé significativement dans leur processus de rétablissement. Ces personnes sont désignées ou se désignent comme des patients, des patients-partenaires, voire des patients-experts, des usagers des services ou encore des médiateurs de santé pairs et des pairs-aidants selon les pays, leur rôle et leur formation.

Dans son dernier plan d’action en santé mentale 2013-2020, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) énonce que les personnes avec des problèmes de santé mentale doivent être « impliquées dans la défense des droits, l’élaboration des politiques et des lois, la planification des services, l’intervention clinique, l’évaluation et la recherche en santé mentale³ » (OMS, 2013, p. 10). De nombreux ministères de la Santé des pays occidentaux font également la promotion de ce type de participation dans le domaine de l’organisation des soins en santé mentale. C’est le cas de l’Angleterre (Department of Health – DoH, 2009), de l’Australie (Australian Health Ministers’ Conference – AHMC, 2009), de l’Écosse (Scottish Government, 2009), des États-Unis (National Institute of Mental Health – NIMH, 1999), de la Nouvelle-Zélande (New Zealand Ministry of Health – NZMH, 2005), du Canada (Mental Health Commission of Canada – MHCC, 2012) et de la France (ministère du Travail, de l’Emploi et des Sports – MTESS, 2012). Dans ces politiques, la finalité de la participation est double : elle permettrait d’améliorer la santé mentale des participants autant qu’elle contribuerait à les impliquer à un niveau structurel dans l’organisation des soins et des services, par exemple, en établissant une échelle des services prioritaires à mettre en œuvre ou en participant à leur évaluation.

D’emblée, les savoirs liés à l’expérience personnelle des usagers semblent subir un discrédit de la part de certains professionnels. Quels sont les défis à surmonter

1. Lettre adressée au ministre de la Santé le 12 janvier 2012, <http://www.syndicat-infirmier.com/Mediateurs-en-sante-mentale.html>, consulté le 13 octobre 2015.

2. [En ligne] <http://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/230212/l-etat-reconnaitson-erreur-sur-les-mediate>, consulté le 15 mai 2013.

3. Notre traduction pour cette citation et les suivantes.

pour faciliter la collaboration entre usagers et professionnels et permettre, le cas échéant, la reconnaissance de la valeur des savoirs issus de l'expérience et de l'exercice d'une profession dans l'organisation des soins de santé mentale ? Comme en témoignent les réactions rapportées, la participation des usagers dans l'organisation des soins de santé mentale soulève également la question de leur apport. En quoi consiste ce « plus » que les savoirs expérientiels des usagers sont susceptibles d'apporter aux patients ? Les savoirs issus de l'expérience désignent un ensemble de savoir-faire – par exemple savoir ajuster sa médication pour réguler ses symptômes – et de savoir-être – par exemple trouver les bons mots pour rassurer une personne en situation de crise –, le plus souvent tacites et acquis en vivant avec la maladie, ainsi qu'au cours d'un parcours dans le réseau public et associatif de services sociaux et des soins de santé (Borkman, 1990 ; Sévigny, 1993 ; Demailly et Garnoussi, 2015a ; Godrie, 2016).

Nous dressons, dans cet article, un bilan de l'implication des usagers au regard de la littérature scientifique internationale des années 1970 jusqu'à aujourd'hui, en distinguant, dans un premier temps, leur implication dans l'organisation des soins et des services en santé mentale, puis dans un deuxième temps, leur implication dans l'intervention clinique en santé mentale en tant que pairs-aidants. Nous examinons, dans la suite de l'article, les principales barrières à leur intégration dans ces deux domaines. Afin de nous concentrer sur la dimension organisationnelle des soins, nous ne traitons ni de la participation des usagers à la définition de leur propre plan de soin, comme le fait par exemple la littérature sur la prise de décision partagée en contexte de soin et sur l'éducation thérapeutique, ni de leur participation à la construction des politiques publiques et des cadres législatifs.

Les usagers dans l'organisation des soins et des services

La documentation d'initiatives de participation des usagers à l'organisation des services publics en santé mentale remonte aux années 1970, et les publications sur ce sujet connaissent une explosion depuis la fin des années 1990. Cette littérature est principalement issue de l'Angleterre, des États-Unis et du Canada et, de manière secondaire, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande⁴.

Dans un article de 1971, Tischler (Tischler, 1971) fait état des changements survenus dans un établissement public de soins en santé mentale à New Haven (Connecticut) suite à la création d'un comité composé d'usagers des services (*consumer board*) en 1969. Ce comité avait pour mandat d'approuver les décisions de la direction et de proposer des changements relatifs au développement des programmes, aux services dispensés et aux priorités de recherche en santé mentale. L'auteur fait état de quatre types de réactions de la part des employés face à l'instauration de ce comité d'usagers. Premièrement, des membres

4. La plupart des études sont réalisées par des chercheurs, parfois en collaboration avec des acteurs ayant participé aux initiatives, ainsi que par des professionnels ou des groupes d'usagers, ce que nous précisons dans la mesure du possible.

du personnel craignaient une perte de contrôle du centre : « Pour ces personnes, l'arrivée des usagers était synonyme d'anarchie. » (p. 504) Deuxièmement, des personnes se sentaient incommodées par la présence de ce comité et espéraient qu'elle ne conduirait pas à rompre le « *statu quo* » entourant les pratiques professionnelles. Cette réaction trahit, selon l'auteur, un désir de protection de la part des professionnels qui détiennent le pouvoir. En troisième lieu, des employés idéalisait l'impact de l'arrivée des usagers qu'ils présentaient comme des experts (*consumer expertise*), dont l'apport allait révolutionner les soins et les services en santé mentale. Finalement, des personnes qui adoptaient une attitude collaborative et percevaient l'implication des usagers dans la gouvernance, comme une pratique susceptible d'établir un dialogue avec la communauté : « Pour ces personnes, le contrôle de la part des usagers était vu comme le moyen de faciliter l'innovation de manière créative et de faire suite au dialogue avec la communauté. » (*Ibid.*) L'auteur précise qu'avec le temps les personnes qui manifestaient les trois premières réactions se sont ralliées à cette dernière posture, à l'exception de celles qui ont préféré démissionner (sans qu'on sache combien de personnes étaient dans ce cas). Si l'inclusion des usagers dans la gouvernance ne garantit pas l'amélioration des soins de santé mentale, elle représente néanmoins pour l'auteur une promesse de rendre les institutions de la santé plus réactives aux demandes des usagers. L'auteur, psychiatre en poste au moment de ces changements, constate, après deux années de fonctionnement du comité des usagers, que sa mise sur pied n'a pas bouleversé les pratiques en place, comme le craignaient à l'origine les professionnels ayant adopté une réaction défensive. Il qualifie les effets de ce changement de « minimaux » sur l'offre de services même si, à la lecture du compte-rendu qu'il en fait (priorité donnée aux soins destinés aux enfants et aux aînés, accent mis sur l'embauche de résidents de la communauté dans le personnel et sensibilisation du personnel aux enjeux de pauvreté qui touchent le territoire de l'établissement, grâce à la mise sur pied d'une formation), l'impact semble tout de même conséquent.

Dans un article qui témoigne de son expérience en tant que gestionnaire d'un programme public de santé mentale en Californie, Silva met en avant le mouvement de collaboration créative enclenché grâce à l'arrivée d'un groupe d'usagers dans la planification des services (1990). Vingt ans après Tischler, il décrit des réactions similaires adoptées par les intervenants et les gestionnaires du réseau public. Certains réagissent avec peu « d'enthousiasme » et de manière « défensive », ce que l'auteur explique par la précarisation du statut des intervenants, suite aux coupures des budgets publics de santé mentale dans les années 1980. Dans ces conditions, l'embauche d'usagers sans diplôme professionnel est perçue comme une menace, puisqu'elle semble correspondre à une diminution de leurs propres prérogatives et produit donc une « résistance » (1990, p. 58). Il constate que plus les personnes du milieu de la santé mentale sont convaincues que l'intégration des usagers dans la planification des services est susceptible d'améliorer les services, plus elles se montrent ouvertes à collaborer avec eux.

Plus récemment, trois revues de la littérature internationale dressent un portrait général de l'impact de groupes d'usagers impliqués dans l'organisation

des services sociaux et de santé, notamment dans le milieu de la santé mentale, de 1992 à 2011 (Crawford *et al.*, 2002 ; Ridley et Jones, 2004 ; Mockford *et al.*, 2012). Parmi les changements les plus cités (8 des 13 études dans le domaine de la santé mentale recensées par Crawford *et al.* y font référence), on trouve l'amélioration de la quantité et de la qualité de l'information disponible pour les patients, l'accroissement de l'accessibilité des services pour les patients : procédures simplifiées de prise de rendez-vous, horaires aménagés, accès pour les personnes à mobilité réduite (Peck *et al.*, 2002), l'ajout/l'amélioration de nouveaux services tels que des services de défense des intérêts (*advocacy*) (Pilgrim et Waldron, 1998), de crise et de médecine complémentaire (Lord *et al.*, 1998), la participation au design des bâtiments d'un nouveau complexe de santé (Perkins et Goddard, 2004) et à la formation des professionnels (Silva, 1990 ; Tait et Lester, 2005 ; Maplethorpe *et al.*, 2014). Seule une étude fait état d'un ralentissement du processus de prise de décision suite à l'implication des usagers (Crawford *et al.*, 2002). Dans tous les autres cas, leur présence semble avoir amélioré l'accessibilité et la qualité des soins et services.

Enfin, il faut mentionner l'implication croissante des usagers dans l'évaluation de la qualité des soins et services, et de la performance des professionnels, dans la mesure où leurs expériences peuvent alimenter la restructuration des organisations. Les usagers contribuent ainsi à évaluer la qualité des services et des soins dispensés (Skelly *et al.*, 2013 ; Smith *et al.*, 2014), à établir les priorités de changement des établissements (Evans *et al.*, 2014) ainsi qu'à pointer certains dysfonctionnements, tels que la sous-implication des usagers et des proches dans les organisations et l'impossibilité, pour les usagers, de choisir leur clinicien (Barbato *et al.*, 2014). Néanmoins, les constats établis par Peck *et al.* (2002) et Simpson et House (2002), il y a plus d'une dizaine d'années, conservent pour l'essentiel leur validité. Ces expériences relèvent le plus souvent de la consultation, et les recherches ne permettent pas de savoir dans quelle mesure elles conduisent à des changements effectifs au niveau organisationnel.

Les pairs-aidants dans l'intervention en clinique

À la différence des usagers employés dans l'organisation des soins, ceux employés dans les équipes cliniques de santé mentale ont presque exclusivement le statut d'intervenants pairs-aidants⁵. Ces personnes sont considérées comme rétablies⁶ et ont reçu une formation dont la durée s'étend de deux à huit semaines, selon les pays. Les pairs-aidants sont embauchés dans les équipes d'intervention en santé mentale où ils interviennent en tant qu'usagers ou anciens usagers des services de santé mentale et utilisent leur expérience vécue pour proposer des

5. L'appellation change selon les pays : *peer support provider*, médiateur de santé pair (France) ou encore pair-aidant (Québec et Belgique).

6. Être rétabli ne signifie pas ne plus avoir de symptômes, mais avoir une stabilité résidentielle, professionnelle et sociale.

services à d'autres usagers. À ce titre, ils peuvent avoir une influence sur le type de soin et les services offerts au sein des organisations.

L'intégration professionnelle des pairs-aidants dans les milieux de travail, les rôles qu'ils endossent ainsi que les pratiques qui sont mises en place sont relativement bien documentés dans la littérature, notamment aux États-Unis et en Angleterre, et ils commencent à l'être au Canada et en France. Ils peuvent être employés en tant qu'intervenants réguliers dans les équipes de suivi d'intensité variable (SIV) et de suivi intensif (SI), comme ils peuvent être embauchés pour accomplir certaines tâches spécifiques, par exemple, remplir le plan d'action pour le rétablissement de la santé (Copeland, 1997) en collaboration avec les patients, qui permet à ces derniers d'identifier les meilleures stratégies pour maintenir leur santé.

Sarradon-Eck *et al.* (Sarradon-Eck *et al.*, 2012) décrivent l'insertion de quatre médiateurs de santé pairs dans une équipe de santé mentale et d'itinérance de Marseille. Ils effectuent, entre autres, du travail de rue, accompagnent des patients dans la recherche et la vie en logement et assurent une présence dans un service hospitalier. Ils organisent également des activités de groupe (entraide mutuelle, participation à un groupe de parole sur la dépendance à l'alcool) et sont à l'origine de la création d'une association des usagers au sein de l'hôpital auquel ils sont rattachés. Ces activités, que les auteurs rangent dans la catégorie *advocacy*, contribueraient « dans l'institution et en dehors de celle-ci [à] équilibrer les pouvoirs entre usagers et professionnels » (p. 187), ainsi qu'à informer et à éduquer les usagers des services sur leurs propres problèmes de santé mentale.

Le rôle d'*advocacy* de patients auprès des professionnels de la santé mentale semble le plus fréquemment endossé par les pairs-aidants (Mead, Hilton et Curtis, 2001 ; MIND⁷, 2010 ; Beetlestone, Loubières et Caria, 2011). Ce rôle renvoie, dans les articles, à un éventail diversifié de pratiques. Beetlestone, Loubières et Caria notent que les pairs-aidants poussent les usagers des services psychiatriques d'un hôpital parisien à « assumer une position de partenaire de leur médecin » et les incitent à négocier une médication mieux adaptée à leurs besoins (2001, p. 149). Ils contribueraient ainsi à promouvoir le rétablissement des patients, en référence au processus par lequel ces derniers retrouvent une meilleure qualité de vie en surmontant les obstacles qu'ils rencontrent en raison de leurs problèmes de santé mentale, et à renforcer leur *empowerment*, terme que les auteurs de l'article définissent comme la « participation active des usagers dans les décisions qui concernent leur prise en charge thérapeutique et les choix influençant leur vie quotidienne » (p. 150). Plus récemment, Park *et al.* (2014) ont impliqué des pairs-aidants dans la promotion et l'implantation de services orientés vers le rétablissement au Canada, par le biais d'une recherche participative.

Au Québec, deux études mettent en évidence d'autres facettes de leur rôle (Provencher *et al.*, 2011 ; Godrie, 2015a). Provencher *et al.* soulignent le travail de réseautage des pairs-aidants dans quatre des six équipes de soins qu'ils ont étudiées. Dans une équipe, la connaissance du milieu communautaire d'un

7. Association caritative britannique ayant pour but d'assister et de conseiller les personnes atteintes de maladies mentales.

pair-aidant a permis d'établir des collaborations inédites avec des partenaires associatifs. Les auteurs soulignent également leur rôle en matière de « sensibilisation accrue [des intervenants] face à des préjugés auxquels l'usager est confronté ou bien à une vision plus globale de la personne, débordant du cadre de la maladie » (p. 303). Un intervenant interrogé par les auteurs de l'étude dit moins recourir aux diagnostics psychiatriques et embrasser une vision plus globale de la santé des patients depuis qu'il travaille aux côtés de pairs-aidants : « [J]e suis moins pogné⁸ sur les diagnostics. Oui, un diagnostic c'est beau, mais il y a un être humain en arrière de ça [...] Et de faire attention comment on en parle aussi. » (2011, p. 305).

Nous avons nous-mêmes recensé plusieurs pratiques développées suite à l'implication de pairs-aidants dans trois équipes cliniques montréalaises de SI et de SIV, parmi lesquelles celles consistant à tenir les diagnostics des patients pour des « perspectives diagnostiques » et non pour des diagnostics définitifs, à susciter des débats à propos de la prescription de médicaments permettant aux membres de l'équipe et aux patients de présenter leur point de vue, à parler de gestion autonome de la médication et de ressources alternatives en santé mentale dans des milieux qui n'en ont pas forcément l'habitude, et à offrir un espace de réflexion sur le pouvoir des psychiatres (Godrie, 2015a ; Godrie, 2016 à paraître).

Auparavant, Mead et MacNeil (2006) notent que les intervenants d'une équipe ont, grâce à la présence de pairs-aidants, progressivement parlé de ce que vivaient les patients des services en s'appuyant sur l'expérience de ces derniers, plutôt qu'en termes de symptômes : « Ce changement dans le langage inclut le fait de parler d'expériences à la place de symptômes. Le langage des expériences permet non seulement une description unique d'un événement particulier, mais présume également qu'il s'agit de l'interprétation d'une personne seulement. » L'étude écossaise de McLean *et al.* illustre également l'ouverture d'espaces de réflexivité sur les pratiques professionnelles grâce à la présence des pairs-aidants. Les auteurs rapportent, par exemple, les propos d'un responsable d'équipe, qui observe qu'un pair-aidant, en demandant des précisions sur ce que signifient certains termes, pousse les intervenants à se questionner sur le langage « très orienté d'un point de vue médical » qu'ils utilisent ainsi que sur ses points aveugles (2009, p. 42).

Les défis de la collaboration usagers-professionnels et de la transformation des organisations

La présence d'usagers et de pairs-aidants dans l'organisation des soins et dans les équipes cliniques aux côtés de leurs collègues professionnels soulève un ensemble de défis auxquels font écho plusieurs articles⁹. Il s'agit des défis budgétaires et organisationnels de l'implication des usagers, puis des préjugés et de

8. Dans le parler populaire québécois, le terme « pogne » issu de l'argot désigne la main. La formulation indique ici que l'intervenant est moins fixé sur les diagnostics médicaux (N.D.L.R.).

9. Dans la mesure où ces défis semblent communs aux deux domaines d'implication des pairs et pairs-aidants, nous les traitons dans la même section. Seul le troisième défi est plus spécifique à l'intégration des pairs-aidants.

la discrimination qu'ils peuvent vivre dans leurs milieux de travail et, enfin, des enjeux qui ont trait à leur relation avec les patients.

En premier lieu, la présence d'usagers aux côtés des professionnels de la gestion des services et des soins et des professionnels de l'intervention en santé mentale soulève des défis budgétaires et organisationnels. Il semble se dessiner un consensus sur l'importance de rémunérer les usagers qui s'impliquent dans l'organisation des services aux côtés d'intervenants et de gestionnaires qui sont, eux, payés par leurs employeurs. Se pose cependant la question de la « valeur » à accorder au parcours de vie qui leur a permis de développer leurs savoirs issus de l'expérience dans un contexte où leur formation professionnelle demeure minimale (de quelques heures à plusieurs semaines dans le cas des pairs-aidants, soit considérablement moins que la plupart des autres professionnels de la santé mentale).

Les conditions d'emploi des usagers peuvent varier significativement d'un pays à l'autre, et il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude exhaustive sur ce sujet. Par exemple, les usagers des services employés dans les ressources d'hébergement d'urgence à Bologne perçoivent le salaire minimum et travaillent souvent à temps partiel avec des contrats à durée déterminée, ce qui ne leur permet pas véritablement de sortir de la précarité. Ils ne suivent pas non plus de formation (Bergamaschi, 2013). En France, les médiateurs de santé-pairs suivent une formation de niveau universitaire d'une durée de huit semaines et sont stagiaires pendant une année. Ils sont embauchés dans les hôpitaux avec le statut d'« adjoint administratif » – catégorie C de la fonction publique – (Demailly *et al.*, 2014). Au Québec, où ils suivent un programme d'une durée de deux semaines, une étude récente, réalisée sur un échantillon de vingt pairs-aidants employés autant dans le secteur associatif que dans le secteur public, rapporte que dix-sept d'entre eux déclaraient percevoir un salaire équivalent ou égal à celui de leurs collègues immédiats de travail (Charles, 2012).

D'autres enjeux se posent sur le plan organisationnel. Le statut professionnel des usagers et des pairs-aidants est encore en construction, ce qui peut induire un flou dans leur mandat. Ce flou est souvent présenté comme anxiogène dans la littérature. Walker et Bryant (2013) notent que la clarté de la description des tâches est une des recommandations les plus fréquentes des études consacrées à l'analyse des expériences d'implication des usagers en santé mentale. Deux études associent néanmoins des effets positifs à ce flou, notamment en ce qu'il permettrait une créativité dans le développement de leur rôle au sein des équipes (Dixon, Krauss et Lehman, 1994 ; Moll *et al.*, 1999).

Le second défi de l'intégration des usagers et de la collaboration professionnelle est l'existence de préjugés et de discriminations envers les usagers dans le milieu de la santé mentale. La dévalorisation des usagers et des pairs-aidants dans leur milieu de travail, dont la formation en tant qu'intervenant est jugée trop courte, ainsi que l'expression de préjugés à l'égard de leur santé mentale et de leur capacité de travail représentent une barrière importante à leur intégration dans le domaine de la santé mentale (Sherman et Porter, 1991 ; Curtis, 1993 ; Fisk *et al.*, 2000 ; Mowbray, Moxley et Collins, 1998 ; Carlson, Charles et McDiarmid, 2001 ; Gélinas, 2006 ; McLean *et al.*, 2009 ; Durand, 2010 ; Dupont *et al.*, 2011 ;

Sarradon-Eck *et al.*, 2012 ; Demailly *et al.*, 2014 ; Newbigging *et al.*, 2015). Sherman et Porter (1991) rapportent, dans une des premières recherches qui documentaient l'implication d'usagers dans des équipes cliniques en santé mentale, leur difficulté à se faire entendre auprès de certains *case managers* qui les percevaient encore comme des malades. Les préjugés sur les compétences des usagers sont susceptibles de conduire à leur marginalisation. Mowbray, Moxley et Collins ont interviewé onze pairs-aidants embauchés dans un projet d'intervention, à leur entrée dans le projet et après un an. Ces derniers témoignent ne s'être jamais sentis considérés comme des professionnels durant l'expérience et avoir été cantonnés à des tâches « triviales » (1998, p. 408) ou dont leurs collègues ne voulaient pas, ce qui leur donnait *de facto* un statut moindre. Cette relégation des usagers au second plan serait en partie attribuable à la hiérarchisation des savoirs qui prévaut dans les services publics de santé, notamment en psychiatrie, où l'accent est mis sur le diplôme : « Le fait que des usagers deviennent des intervenants met notre système de reconnaissance des compétences à l'épreuve. » (p. 410.) Cette difficulté est encore fréquemment rapportée. Parmi les vingt-sept études analysées par McLean *et al.* (2009), onze rapportent que les usagers ont, à un moment ou à un autre de leur expérience professionnelle au sein d'équipes cliniques, été traités comme des patients ou fait l'objet de discrimination de la part du personnel du réseau de la santé ou de leurs collègues immédiats.

Les pairs-aidants interrogés par Sarradon-Eck *et al.* (2012) rapportent avoir ressenti de la « résistance » à leur intégration, ce que les auteurs attribuent à plusieurs facteurs, dont le manque de visibilité de ce statut qui est souvent mal compris par les intervenants professionnels et, parfois, le rejet du savoir issu de l'expérience, comme une perspective supplémentaire à considérer dans la compréhension d'une situation clinique. La crainte de voir les pairs-aidants prendre leur place et servir d'intervenants à moindre coût est également présente parmi les professionnels (Durand, 2010 ; Demailly *et al.*, 2014). Plusieurs médiateurs de santé pairs du programme expérimental français ont abandonné leur emploi une fois en poste, à la suite de leur mise à l'écart ou en raison de leurs difficultés d'intégration dans l'équipe. Dans leur rapport intermédiaire d'évaluation, Demailly *et al.* (2013) soulignent que l'attitude de certains professionnels produit un sentiment d'« inutilité » et de « mise à l'écart » de la part des médiateurs de santé pairs. À propos de la situation, les auteurs du rapport évoquent un « combat inégal » entre des membres de l'équipe « issus d'un groupe professionnel installé, reconnu et organisé (par des syndicats, par exemple) » et un ou deux médiateurs de santé pairs « isolés, porteurs d'une idée nouvelle et méconnue, porteurs également qu'on le veuille ou non du "stigmatisme" de la maladie mentale (qui suscite la méfiance des équipes) » (p. 70). Les situations de confrontation au sein des équipes cliniques sont, avec la crainte ou la réalité de la rechute et l'insatisfaction face au mandat des médiateurs de santé pairs, les trois causes principales identifiées par l'équipe de Demailly pour expliquer les treize sorties volontaires ou évictions du programme sur un nombre initial de vingt-neuf médiateurs (Demailly *et al.*, 2014, p. 29).

Le troisième défi qui traverse la littérature recensée concerne les pairs-aidants embauchés dans les services cliniques : il s'agit de la gestion des relations qu'ils

ont avec les patients des services. Les relations avec les patients seraient plus difficiles à gérer pour eux dans la mesure où ils peuvent se retrouver davantage sollicités sur le plan amical et parce qu'ils peuvent se « voir » dans les patients en raison de leur proximité avec la maladie mentale et être constamment ramenés à leurs expériences personnelles douloureuses (Repper et Carter, 2011, p. 398). Plusieurs études documentent les enjeux soulevés dans les équipes lorsque les pairs-aidants développent des liens d'amitié avec les usagers, puisque cette position est parfois jugée non professionnelle par leurs collègues (Mowbray, Moxley et Collins, 1998 ; Provencher *et al.*, 2011 ; Demailly et Garnoussi, 2015b ; Godrie, 2015a). Selon McLean *et al.* (2009), les règles de confidentialité seraient plus difficiles à appliquer parce que les pairs-aidants attirent souvent plus de confidences de la part des patients, et que leurs collègues les sollicitent pour obtenir ces informations. Également, l'exigence de dévoilement des pairs-aidants pourrait alimenter la critique de non-professionnalisme de la part de leurs collègues lorsque leur rôle est mal compris et qu'on réduit celui-ci au témoignage : « On demande aux usagers employés de porter une charge additionnelle en leur faisant témoigner de leurs expériences personnelles et en mettant ces expériences à profit pour aider les autres [...]. » (Davidson *et al.*, 2012, p. 126.)

La possibilité, pour les pairs-aidants, de répondre au désir d'amitié de leurs pairs sans devenir leur ami pour autant, de fixer des limites à l'empathie ou encore ne pas faire leurs problèmes des autres, soulève l'importance de la mise en place d'un soutien individuel. Ce soutien constitue, selon Fisk *et al.*, un espace où discuter de ce qui est vécu par les pairs-aidants dans l'intervention, gérer la transition du rôle d'usager des services à celui d'intervenant et construire une certaine frontière vis-à-vis des usagers : « C'était étrange au début, mais à mesure que nous écoutions attentivement, nous avons remarqué que plusieurs de ces émotions étaient directement reliées au dévoilement de leur statut de personnes avec un handicap, redéfinissant ainsi les frontières [entre patients et intervenants]. » (2000, p. 250.) La supervision clinique est recommandée, dès 1994, par Dixon, Krauss et Lehman et, depuis, dans plusieurs études consacrées à l'intégration des pairs dans les services de santé (Davidson *et al.*, 1997 ; Mowbray, Moxley et Collins, 1998 ; Fisk *et al.*, 2000 ; Gates et Akabas, 2007 ; Chinman *et al.*, 2008). Tirant les conséquences de plus de vingt ans de recherche et d'intervention avec des pairs-aidants, Davidson et ses collègues conseillent également d'établir une supervision clinique pour les pairs, celle-ci contribuant au renforcement de leurs compétences : « Instaurer une supervision pour les usagers engagés, qui se concentre sur la compétence professionnelle, la performance et le soutien plutôt que sur l'état clinique de cette personne, et qui établit les attentes de manière équivalente à celles que les agences ont envers leurs autres employés. » (2012, p. 126.) Sa mise en place est la troisième recommandation la plus fréquente des 27 études recensées par Walker et Bryant (2013). Toutefois, d'autres auteurs mettent l'accent sur l'importance de ne pas reproduire une frontière professionnelle qui serait trop stricte entre les pairs-aidants et les personnes auprès desquelles ils interviennent et de laisser une place à la négociation des rôles selon les situations (Carlson, Rapp et McDiarmid, 2001 ; Mead, Hilton et Curtis, 2001).

Conclusion

Quelles sont la nature et l'ampleur des changements apportés par la présence des usagers dans l'organisation des soins en santé mentale ? Si l'on assiste à la multiplication des expériences de participation des usagers et à leur ancrage de plus en plus explicite dans les législations nationales, on ne peut pas pour autant affirmer, sur la base des expériences rapportées dans cet article, que leur poids s'accroît de façon continue et significative au fil du temps dans la gouvernance des organisations. Leur implication semble connaître des hauts et des bas, et les acquis sont toujours sujets à des remises en question. Les membres du *consumer board*, décrits par Tischler à New Haven en 1971, ont bien plus de pouvoir que les usagers impliqués dans les comités d'organisation des services de santé mentale quarante ans plus tard au Québec (Clément *et al.*, 2012 ; Gagné *et al.*, 2013). Lorsqu'il s'agit de repenser la structure des organisations ou de faire des choix en matière budgétaire, ils collaborent, conseillent, suggèrent, mais ne co-décident pas. Cette faible redistribution du pouvoir décisionnel alimente la critique de la part de certains groupes d'usagers, qui choisissent de concentrer leurs ressources sur des activités dont ils contrôlent les tenants et les aboutissants (Godrie, 2015b).

En ce qui concerne le domaine clinique, en revanche, les pairs-aidants se sont progressivement taillé une place auprès des autres professionnels de l'intervention, qui semble aujourd'hui difficile à contester malgré un statut professionnel encore en construction. Certains gains sont significatifs, comme les pratiques qu'ils développent en collaboration avec leurs collègues au sein des équipes d'intervention clinique : amélioration de la quantité et de la qualité de l'information disponible pour les patients, accroissement de l'accessibilité des services pour les patients, réduction de la stigmatisation envers les personnes avec des problèmes de santé mentale, accent sur l'*advocacy* des patients et participation des usagers à la formation des professionnels de la santé mentale, permettant à ces derniers de mieux comprendre les réalités vécues par les patients. Lorsque l'environnement est favorable à leur intégration, on constate un véritable cercle vertueux : plus ils sont impliqués, plus les professionnels s'aperçoivent de la valeur de leur contribution dans l'amélioration de la qualité des soins en santé mentale, plus les barrières à leur participation tombent, permettant de consolider durablement leur place d'acteurs à part entière dans le champ de la santé mentale.

L'implication des usagers dans l'organisation des soins et dans l'intervention en santé mentale relève à nos yeux d'une révolution, mais d'une révolution trop tranquille. Une des raisons que l'on peut évoquer est que les savoirs issus de l'expérience ne sont pas toujours bien identifiés dans les expériences recensées, ce qui peut nuire à leur reconnaissance et à leur mobilisation dans les organisations. Ces savoirs issus de l'expérience sont confrontés à des savoirs disciplinaires très construits, plus formels et systématiques. Rééquilibrer le statut des savoirs en présence demanderait d'explicitier les savoir-être et les savoir-faire tirés par les pairs de leurs expériences et de décrire plus formellement leur apport auprès des différents acteurs des organisations de soins. Autrement, ces savoirs courent le risque d'être sans cesse ramenés à de simples témoignages, anecdotes de vie et d'être maintenus à la marge. Peut-être, ainsi, pourrait-on rendre cette révolution moins tranquille ?

Références bibliographiques

- AHMC (2009)**, « Fourth National Mental Health Plan: An Agenda for Collaborative Government Action in Mental Health 2009-2014 », Australian Health Ministers Conference, [en ligne] [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9A5A0E8BDFC55D3BCA257BF0001C1B1C/\\$File/plan09v2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9A5A0E8BDFC55D3BCA257BF0001C1B1C/$File/plan09v2.pdf).
- Barbato A., D'Avanzo B., D'Anza V. et al. (2014)**, « Involvement of Users and Relatives in Mental Health Service Evaluation », *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 202, n° 6, p. 479-486.
- Beetlestone E., Loubières C. et Caria A. (2011)**, « Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques », *Santé publique*, H. S., n° 23, p. 141-153, [en ligne] <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-141.htm>.
- Bergamaschi M. (2013)**, « Des pairs-aidants dans les ressources d'hébergement pour les personnes en situation d'itinérance en Italie », conférence midi au CREMIS, Montréal, 19 septembre.
- Borkman T. (1990)**, « Experiential Professional and Lay Frames of Reference », in Powell T. J. (dir.), *Working with Self-Help Groups*, Silver Springs, MD, NASW Press, p. 3-30.
- Carlson L.S., Rapp C.A. et McDiarmid D. (2001)**, « Hiring Consumer-Providers: Barriers and Alternative Solutions », *Community Mental Health Journal*, vol. 37, n° 3, p. 199-213.
- Charles N. (2012)**, « L'intégration de pairs aidants dans des équipes en santé mentale : éléments-clés et état de la situation au Québec », xvi^e congrès de l'AQR, Québec, 1^{er} novembre.
- Chinman M., Hamilton A., Butler B. et al. (2008)**, « *Mental Health Consumer Providers: a Guide for Clinical Staff* », Santa Monica, RAND Corporation, 31 p., [en ligne] http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR584.html, consulté le 21 août 2012.
- Clément M., Rodriguez L., Gagné J. et al. (2012)**, « État de situation sur la participation des personnes utilisatrices suite au Plan d'action en santé mentale 2005-2010 », Rapport de recherche, Alliance Recherche-Université-Communauté internationale-Santé mentale et citoyenneté, 42 p, [en ligne] http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/jean_gagne_-_rapport_sante_mentale.pdf.
- Copeland M.E. (1997)**, *Wellness Recovery Action Plan*, Brattleboro, Peach Press.
- Crawford M.J., Rutter D., Manley C. et al. (2002)**, « Systematic Review of Involving Patients in the Planning and Development of Health Care », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7375, p. 1263-1265, [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC136920/>.
- Curtis L. C. (1993)**, « Consumers as Colleagues: Partnership in the Workforce », *Center for Community Change through Housing and Support*, décembre, p. 4-5.
- Davidson L., Weingarten R., Steiner J. et al. (1997)**, « Integrating Prosumers into Clinical Settings », in Mowbray C. T. (dir.), *Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation: Models, Applications and First Person Accounts*, Columbia, p. 437-455.
- Davidson L., Bellamy C., Guy K. et al. (2012)**, « Peer Support among Persons with Severe Mental Illnesses: a Review of Evidence and Experience », *World Psychiatry*, n° 11, p. 123-128, [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/>.

Demaiily L., Dembinski O., Cassan D. et al. (2013), « Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs en santé mentale », Rapport intermédiaire de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, avril, 125 p.

Demaiily L., Bélart C., Déchamp Le Roux C. et al. (2014), « Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée », Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014, 75 p [en ligne] <http://www.apmnews.com/Documents/20140913rapportfinalldemaiilymdiateursdesantpairs.pdf>.

Demaiily L. et Garnoussi N. (2015b), « Les rencontres entre médiateurs de santé pairs et usagers de la psychiatrie en France. Caractéristiques générales et effets du dispositif sur les représentations des usagers. Partie 1 », *Santé mentale au Québec*, 2015, vol. XL, n° 1, p. 171-187.

Demaiily L. et Garnoussi N. (2015a), « Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style », *Sciences et Actions Sociales*, n° 1, [en ligne] <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers-n-1/18-le-savoir-faire-des-mediateurs-de-sante-pairs-en-sante-mentale-entre-experience-technique-et-style>.

Dixon L., Krauss N. et Lehman A. (1994), « Consumers as Service Providers: the Promise and Challenge », *Community Mental Health Journal*, vol. 30, n° 6, p. 615-625.

DoH (2009), *New Horizons: a Shared Vision of Mental Health*, Department of Health: Mental Health Division.

Dupont D., Le Cardinal P., Marsili M. et al. (2011), « Intégrer d'anciens usagers aux équipes soignantes en santé mentale : une expérience pilote », *La Santé de l'homme*, n° 413, p. 32-33, [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>.

Evans S., Huxley P.J., Maxwell N. et al. (2014), « System-Level Change in Mental Health Services in North Wales: an Observational Study Using Systems Thinking », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, n° 4, p. 337-351, [en ligne] <http://isp.sagepub.com/content/60/4/337.full.pdf+html>.

Fisk D., Rowe M., Brooks R. et al. (2000), « Integrating Consumer Staff Members into a Homeless Outreach Project: Critical Issues and Strategies », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 23, n° 3, p. 244-253.

Gagné J., Clément M., Godrie B. et al. (2013), « La voix et le savoir des personnes avec expérience vécue des problèmes de santé mentale dans le comité avisé du CSSS Jeanne-Mance », Rapport de recherche, Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté – CREMIS, 81 p, [en ligne] <http://r-libre.telug.ca/380/1/gagne-et-al-voix-et-savoirs-2013.pdf>.

Gates L.B. et Akabas S.H. (2007), « Developing Strategies to Integrate Peer Providers into the Staff of Mental Health Agencies », *Administration and Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, vol. 34, n° 3, p. 293-306.

Gélinas D. (2006), « L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale », *Le Partenaire*, vol. 14, n° 1, p. 9-41, [en ligne] <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v14-n1.pdf#zoom=100>.

Godrie B. (2015a), « Savoirs d'expérience et savoirs professionnels : un projet expérimental dans le champ de la santé mentale », doctorat en sociologie sous la direction de Christopher McAll, Université de Montréal, 468 p.

Godrie B. (2015b), « La participation publique favorise-t-elle l'empowerment ? Un état des lieux au Québec et dans le monde anglo-saxon », *Sciences et Actions Sociales*, n° 1, [en ligne] <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers-n-1/17-la-participation-publique-favorise-t-elle-l-empowerment-un-etat-des-lieux-au-quebec-et-dans-le-monde-anglo-saxon>.

Godrie B. (2016), « Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité des savoirs expérientiels », in *Le Partenaire*, vol. 24, n° 3, p. 35-38.

Godrie B. (2016, à paraître), « Les pratiques de soins à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels. Le cas des pairs aidants en santé mentale », *in* Morin P. et Carrier S. (dir.), *Au-delà de la maladie et des problèmes psychosociaux : coproduction, valorisation des savoirs expérientiels et évaluation de la différence*.

Lord J., Ochocka J., Czarny W. et al. (1998), « Analysis of Change within a Mental Health Organization: a Participatory Process », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 21, n° 4, p. 327-339, [en ligne] http://www.johnlord.net/web_documents/analysis_of_change_within_a_mental_health_organization.pdf.

Maplethorpe F., Dixon J. et Rush B. (2014), « Participation in Clinical Supervision (PACS): an Evaluation of Student Nurse Clinical Supervision Facilitated by Mental Health Service Users », *Nurse Education in Practice*, vol. 14, n° 2, p. 183-187.

McLean J., Biggs H., Whitehead I. et al. (2009), *Evaluation of the Delivering for Mental Health Peer Support Worker Pilot Scheme*, Edinburgh, Scottish Government Social Research, Health and Community Care, 98 p, [en ligne] <http://www.gov.scot/Publications/2009/11/13112054/0>, consulté le 15 août 2013.

Mead S., Hilton D. et Curtis L. (2001), « Peer Support: a Theoretical Perspective », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 25, n° 2, p. 134-141, [en ligne] http://www.nhcornerbridge.org/Articles/Peer-Support_A-Theoretical-Perspective.pdf.

Mead S. et MacNeil C. (2006), « Peer Support: What Makes It Unique? », *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, vol. 10, n° 2, p. 29-37, [en ligne] http://www.psychosocial.com/IJPR_10/Peer_Support_What_Makes_It_Unique_Mead.html.

MHCC (2012), *Changing Directions, Changing Lives: the Mental Health Strategy for Canada*, Calgary, Mental Health Commission of Canada, 113 p, [en ligne] <http://strategy.mentalhealthcommission.ca/pdf/strategy-images-en.pdf>.

MIND (2010), *Advocacy in Mental Health*, National Association for Mental Health, Londres, 16 p.

Mockford C., Staniszewska S., Griffiths F. et al. (2012), « The Impact of Patient and Public Involvement on UK NHS Health Care: a Systematic Review », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 24, n° 1, p. 28-38, [en ligne] <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/24/1/28>.

Moll S., Holmes J., Geronimo J. et al. (2009), « Work Transitions for Peer Support Providers in Traditional Mental Health Programs: Unique Challenges and Opportunities », *Work*, vol. 33, n° 4, p. 449-458.

Mowbray C. T., Moxley D. P. et Collins M. E. (1998), « Consumers as Mental Health Providers: First-Person Accounts of Benefits and Limitations », *The Journal of Behavioral Health Sciences & Research*, vol. 25, n° 4, p. 397-441.

MTES (2012), *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Santé, 41 p, [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf.

Newbigging K., Ridley J., McKeown M. et al. (2015), « When you haven't got much of a voice: an Evaluation of the Quality of Independent Mental Health Advocate (IMHA) Services in England », *Global Health and Social Care in the Community*, vol. 23, n° 3, p. 313-324.

NIMH (1999), « Mental Health: A Report of the Surgeon General », National Institute of Mental Health, [en ligne] <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>.

NZMH (2005), « Te Tahuhu: Improving Mental Health 2005-2015: The Second New Zealand Health and Addiction Plan », New Zealand Ministry of Health, [en ligne] <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/tetahuhu-improvingmentalhealth.pdf>.

OMS (2013), *Mental Health Action Plan 2013-2020*, Geneva, 48 p, [en ligne] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.

- Park M.M., Zafran H., Stewart J. et al. (2014)**, « Transforming Mental Health Services: a Participatory Mixed Methods Study to Promote and Evaluate the Implementation of Recovery-Oriented Services », *Implementation Science*, vol. 9, p. 119.
- Peck E., Gulliver P. et Towell D. (2002)**, « Information, Consultation or Control. User Involvement in Mental Health Services in England at the Turn of the Century », *Journal of Mental Health*, vol. 11, n° 4, p. 441-451.
- Perkins R. et Goddard K. (2004)**, « Reality out of the Rhetoric: Increasing User Involvement in a Mental Health Trust », *Mental Health Review Journal*, vol. 9, n° 1, p. 21-24.
- Pilgrim D. et Waldron L. (1998)**, « User Involvement in Mental Health Service Development: How Far Can It Go? », *Journal of Mental Health*, vol. 7, n° 1, p. 95104.
- Provencher H., Gagné C. et Legris L. (2011)**, *L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : Points de vue de divers acteurs*, Québec, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), 352 p.
- Repper J. et Carter T. (2011)**, « A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services », *Journal of Mental Health*, vol. 20, n° 4, p. 392-411.
- Ridley J. et Jones L. (2004)**, *User and Public Involvement in Health Services: a Literature Review*, Edinburg, Scottish Health Feedback, Partners in Change, SHS Trust, 140 p, [en ligne] <http://www.sehd.scot.nhs.uk/involvingpeople/A%20literature%20review.pdf>.
- Sarradon-Eck A., Farnarier C., Girard V. et al. (2012)**, « Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité », *Lien social et politiques*, n° 67, p. 183-199, [en ligne] <https://www.erudit.org/revue/lsp/2012/v/n67/1013023ar.pdf>.
- Scottish Government (2009)**, *Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011*, Edinburgh, Scottish Government, 56 p, [en ligne] <http://www.gov.scot/resource/doc/271822/0081031.pdf>.
- Sévigny R. (1993)**, « Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social », *Sociologie et Sociétés*, vol. 25, n° 1, p. 111-123, [en ligne] <http://www.erudit.org/revue/socsoc/1993/v25/n1/001698ar.pdf>.
- Sherman P.S. et Porter R. (1991)**, « Mental Health Consumers as Case Management Aides », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 42, n° 5, p. 494-498.
- Silva E.L. (1990)**, « Collaboration between Providers and ClientConsumers in Public Mental Health Programs », *New Directions for Mental Health Services*, n° 46, p. 5763.
- Simpson E.L. et House A.O. (2002)**, « Involving Users in the Delivery and Evaluation of Mental Health Services: Systematic Review », *British Medical Journal*, vol. 325, p. 1265-1267, [en ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC136921/>.
- Skelly N., Schnittger R. I., Butterly L. et al. (2013)**, « Quality of Care in Psychosis and Bipolar Disorder from the Service User Perspective », *Qualitative Health Research*, vol. 23, n° 12, p. 1672-1685.
- Smith D., Roche E., O'Loughlin K. et al. (2014)**, « Satisfaction with Services Following Voluntary and Involuntary Admission », *Journal of Mental Health*, vol. 23, n° 1, p. 38-45.
- Tait L. et Lester H. (2005)**, « Encouraging User Involvement in Mental Health Services », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 11, n° 3, p. 168-175, [en ligne] <https://static1.squarespace.com/static/5200fb73e4b08f2e358fbc09/t/52226289e4b062b4a5cdaacb/1377985161317/Encouraging+user+involvement+in+mental+health+services.pdf>.
- Tischler G.L. (1971)**, « The Effects of Consumer Control on the Delivery of Services », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 41, n° 3, p. 501505.
- Walker G. et Bryant W. (2013)**, « Peer Support in Adult Mental Health Services: a Metasynthesis of Qualitative Findings », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 36, n° 1, p. 28-34.