

PARTNERING FOR CHANGE

Chronic Care in Humanitarian Crises

Manuel de soutien par les pairs

Planifier, mettre en œuvre et évaluer
les interventions de soutien par les
pairs pour les personnes atteintes
de maladies non transmissibles en
contexte humanitaire



Sommaire

Remerciements	02
Acronymes	03
Glossaire	03
Guide d'utilisation	04
Concepts du soutien par les pairs	06
> Phase I : Planifier et lancer	11
> Phase II : Mettre en œuvre et adapter	18
> Phase III : Évaluer et retenir	33
Appel à l'action	39
Ressources	39
Bibliographie	40
Annexes	43



REMERCIEMENTS

Ce manuel a été préparé dans le cadre de l'[initiative Partnering for Change \(P4C\)](#), un partenariat destiné à répondre à l'augmentation des maladies non transmissibles (MNT) qui touchent des millions de personnes dans des contextes de crise humanitaire à travers le monde. Les partenaires en sont le Comité international de la Croix-Rouge, la Croix-Rouge danoise et Novo Nordisk. La London School of Hygiene & Tropical Medicine est le principal partenaire universitaire. L'initiative P4C est financée par le département de Novo Nordisk en charge de l'équité dans la santé mondiale. Le financeur n'a eu d'influence sur aucune partie de ce manuel.

Nous remercions tout particulièrement les nombreuses personnes qui ont contribué à élaborer ce manuel par leur expertise technique et le partage d'expériences.

Contributeurs

Lars Bruun Larsen (Croix-Rouge danoise), Jytte Roswall (Croix-Rouge danoise), Megan Barlow (Croix-Rouge danoise), Rima Kighsro Naimi (Croix-Rouge danoise), Sylvia Khamati Anekha – Logendo (Croix-Rouge danoise), Carla Njeim (Croix-Rouge libanaise), Hezron Mukhonji Nambiro (Croix-Rouge kényane), Sigiriya Aebischer Perone (Comité international de la Croix-Rouge), Pablo Perel (London School of Hygiene & Tropical Medicine), Éimhín Ansbro (London School of Hygiene & Tropical

Medicine), Hanna Phelan (Médecins sans frontières Sweden Innovation Unit), Philippa Boule (Médecins sans frontières), Mike Woodman (Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés), Apoorva Gomber (Brigham and Women's Hospital, NCDI Poverty Network), Stella Njagi (Comité international de secours), Mahmoud Tharwat (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), Ea Suzanne Akasha (centre de référence pour soutien psychosocial de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), Tine Mette Gammeltoft (université de Copenhague), Đặng Thị Ngọc Anh (Thai Binh University of Medicine and Pharmacy), Sara Fasoli (NCD Alliance), Ibtihal Fadhil (NCD Alliance Méditerranée orientale), Gina Ferrari (Brigham and Women's Hospital, NCDI Poverty Network), Zipporah Ali (Primary Care International), Kiran Jobanputra (Organisation mondiale de la Santé), Jasmine Kalha (Centre for Mental Health Law & Policy, Indian Law Society), Favila Escobio (HelpAge International), Diana Hiscock (HelpAge International), Marion Staunton (HelpAge International), Poppy Walton (HelpAge International), Amal Ireifij (Royal Health Awareness Society), Megan Sheridan (Direct Relief) et Mohammed Seyam (University College London).

Conception

Lars Bruun Larsen, Jytte Roswall, Sigiriya

Aebischer Perone, Benjamin Schmid, Éimhín Ansbro et Pablo Perel

Auteur

Benjamin Schmid (London School of Hygiene & Tropical Medicine)

Design

Last Mile (Copenhague, Danemark)

Publication

Droits d'auteur : certains droits réservés. Ce travail est publié sous licence Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 4.0 International. Crédit photo : Noemi Monu (déléguée Santé mentale et soutien psychosocial Liban, Croix-Rouge danoise), Société de la Croix-Rouge kényane.

Suggestion de citation

Schmid, B. (2024), Manuel de soutien par les pairs. Planifier, mettre en œuvre et évaluer les interventions de soutien par les pairs pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles en contexte humanitaire. Partnering for Change.

Ce manuel est spécialement dédié aux millions de personnes qui sont, et seront touchées par des crises humanitaires. Elles sont la première motivation de la création de ce manuel, dont les auteurs et contributeurs espèrent sincèrement qu'il leur apportera le plus grand bénéfice.

ACRONYMES

FID	Fédération internationale du diabète
IFRC	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
IRC	Comité international de secours
MNT	Maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
P4C	Partnering for Change (Partenariat pour le changement)
PVMNT	Personnes vivant avec des maladies non transmissibles
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
TdC	Théorie du changement
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise



GLOSSAIRE

Contexte humanitaire

Un contexte humanitaire est un environnement au sein duquel un événement, ou une série d'événements, a entraîné une menace grave pour la santé, la sûreté, la sécurité ou le bien-être d'une communauté ou d'un important groupe de personnes. La communauté touchée a le plus grand mal à faire face à la situation et une assistance extérieure est nécessaire.³ Les termes vagues, comme « contexte humanitaire » ou « maladie non transmissible », employés dans ce manuel renvoient à leur nature générique. Les auteurs ont conscience de leur capacité limitée à saisir pleinement les nuances des personnes et des lieux, et espèrent que cela servira de rappel de la nécessité de s'adapter.

Continuité des soins

La continuité des soins désigne la prestation de soins et de services coordonnés dans le temps et entre différents niveaux et disciplines, conformes aux besoins médicaux et à la situation personnelle du patient.^{1(p. 10)}

Continuum de soins

Le continuum de soins désigne l'accès ininterrompu d'une personne à des prestations et interventions complètes répondant à ses besoins médicaux et améliorant son bien-être, entre le moment où un problème de santé est identifié et le moment où la personne retrouve un état fonctionnel dans son contexte.²

Maladies non transmissibles (MNT)

Également appelées « maladies chroniques », les MNT ont tendance à durer et résultent d'un ensemble de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux.⁶ Ce manuel utilise principalement des exemples conformes à l'approche « 5x5 », mais il s'applique de manière équivalente à toutes les MNT.⁷ Bien que la santé mentale et les troubles neurologiques ne forment que l'un des cinq principaux groupes de MNT figurant à l'agenda international, certaines parties de ce manuel les mettent en avant pour souligner la nécessité d'intégrer la santé physique et mentale.

Médiateur

Le médiateur est la personne qui dirige les séances de soutien par les pairs. Il peut s'agir d'un pair ou d'une autre personne (p. ex. un travailleur social).

Modèle de prise en charge

Conception prédominante de la fourniture d'un type de service de santé spécifique.⁴ (p. 49) Ansbro et al.⁵ proposent un cadre conceptuel de modèle de prise en charge des MNT en contexte humanitaire.

Pair leader/participant

Le soutien par les pairs est souvent, mais pas systématiquement, dirigé par un pair. Pour distinguer son rôle de celui des personnes qui participent aux séances, le présent manuel utilisera les termes suivants :

- « pair leader », pour désigner une personne vivant avec une MNT qui dirige des séances de soutien par les pairs ;
- « participant », pour désigner une personne vivant avec une MNT qui participe aux séances.

Les équipes de mise en œuvre peuvent utiliser tout synonyme jugé plus adapté au contexte du projet.

GUIDE D'UTILISATION

Ce manuel se veut un guide pratique permettant de comprendre comment planifier, mettre en œuvre et évaluer les interventions de soutien par les pairs pour les personnes vivant avec des maladies non transmissibles (PVMNT) en contexte humanitaire.

À QUI S'ADRESSE CE GUIDE ?

Il est destiné aux professionnels de la santé et de la planification de projets humanitaires qui travaillent au niveau régional, national ou infranational. Bien que centré sur les MNT, il peut s'avérer tout aussi pertinent dans d'autres domaines (p. ex. maladies transmissibles et santé maternelle et infantile) et contextes (p. ex. environnements plus stables).

À QUOI PEUT SERVIR CE MANUEL ?

- Aider les acteurs humanitaires à décider d'adopter ou non une approche de soutien par les pairs
- Guider la conception d'une intervention et son adaptation au contexte local
- Sélectionner et former des modérateurs et définir les critères de participation
- Préparer la logistique de mise en œuvre et anticiper les difficultés
- Établir les bases de la création d'un manuel détaillé et d'outils à utiliser au quotidien, d'un guide de formation des modérateurs et d'un plan de suivi et d'évaluation (non détaillés ici)

COMMENT UTILISER CE MANUEL ?

- Si vous découvrez les concepts du soutien par les pairs, consultez la section [Concepts du soutien par les pairs](#).
- Vous pouvez suivre ce guide étape par étape pour planifier ([phase I](#)), mettre en œuvre ([phase II](#)) et évaluer ([phase III](#)) des interventions de soutien par les pairs OU étudier certaines sections en laissant de côté certaines étapes, en fonction de votre expérience et de vos besoins.
- Vous trouverez en [annexe](#) des outils utiles et des études de cas opérationnelles.

Les étapes sont présentées de façon linéaire pour des raisons de simplicité, mais en réalité, elles sont interconnectées et itératives ([figure 1](#)). Le présent manuel a été élaboré sous la forme d'un guide générique, ce qui permet aux divers projets d'adapter le soutien par les pairs à des contextes spécifiques. Cette phase d'adaptation est essentielle et peut s'avérer déterminante pour obtenir un impact. Le manuel accompagne ce processus avec des outils pratiques signalés par des indicateurs visuels transversaux. Des liens vers des ressources complémentaires ont été ajoutés chaque fois que possible. [L'annexe A](#) décrit l'élaboration du manuel dans le détail.

Téléchargez votre exemplaire

Ce manuel est une publication évolutive en libre accès. Scannez le QR code pour télécharger la dernière version.



Liban

Vue d'ensemble des phases



Figure 1. Principales phases, étapes et listes de contrôle du manuel

Outils



Questions de réflexion

Réflexions permettant d'orienter le processus et d'affiner l'intervention de soutien par les pairs



Conseils pratiques

Conseils utiles pour mettre en application le contenu du manuel



Listes de contrôle

Liste des objectifs pour chaque phase



Exercices

Exercices pratiques pour faciliter l'élaboration de l'intervention de soutien par les pairs



Études de cas

Exemples d'application du soutien par les pairs dans divers contextes, notamment au Liban, en Inde, au Vietnam et au Kenya



Pour aller plus loin

Lien vers des ressources utiles

CONCEPTS DU SOUTIEN PAR LES PAIRS

Le soutien par les pairs est un concept motivant. Pour beaucoup, c'est même une évidence. En partie parce qu'il est facile de trouver des exemples, dans notre expérience personnelle ou sur les réseaux sociaux, de la formidable puissance d'un tel soutien pour les personnes qui en bénéficient. Malgré le caractère intuitif de ces interventions, il peut être difficile, étonnamment, de définir ce qu'est exactement le soutien par les pairs et en quoi il diffère d'autres types de soutien.

QU'EST-CE QUE LE SOUTIEN PAR LES PAIRS ?

Pour comprendre le soutien par les pairs, il faut commencer par définir ce qu'est un pair. Le terme de « pair », par exemple, fait penser à des collègues de travail qui ont une ancienneté similaire, à des camarades de promotion ou à des personnes du même âge. Ce qui définit les pairs est la notion d'avoir « quelque chose en commun ». Il peut s'agir de n'importe quelle expérience et/ou caractéristique.

Du fait de ce point commun, les relations entre pairs s'établissent sur un plan horizontal, d'égal à égal. C'est ce qui distingue les relations entre pairs de la plupart des autres relations dans le système de santé, qui sont plutôt définies par une hiérarchie (médecin/spécialiste opposé à patient/bénéficiaire) résultant d'un écart de connaissances techniques. Dans ce manuel, nous utilisons la définition suivante du soutien par les pairs dans le contexte de la santé :

« assistance d'ordre émotionnel, d'expertise et d'informations fournie par un membre d'un réseau social créé qui connaît de manière empirique un comportement spécifique ou un agent stressant, et présente des caractéristiques similaires à celles de la population cible »⁸ (p. 329)

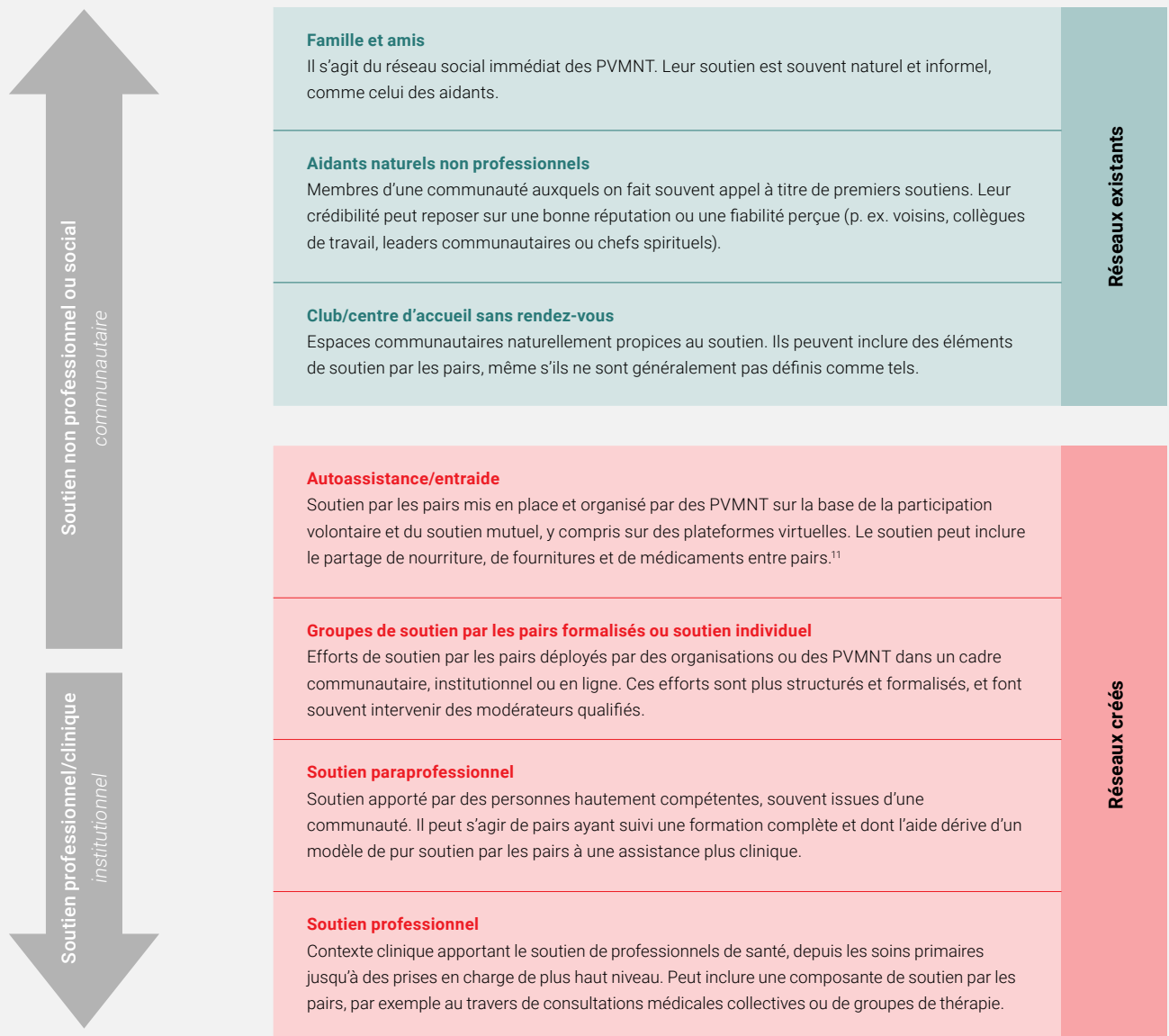


Kenya

La « connaissance empirique » s’entend comme l’expérience commune de la vie avec une maladie, par exemple une MNT, ou des facteurs de stress spécifiques qui y sont associés (p. ex. la stigmatisation).⁹ Les « caractéristiques similaires » dépendent du contexte. Il peut s’agir du statut socioéconomique, de la culture, de l’identité sociale ou de l’expérience commune d’une crise humanitaire.^{9,10} Ces points communs et leurs intrications peuvent sembler assez abstraits. À ce stade, reprenez simplement ces caractéristiques fondamentales du soutien par les pairs, car leur influence sur les décisions pratiques sera prise en compte dans la [phase II](#).

Pour clarifier les choses, il peut être intéressant de comparer le soutien par les pairs à d’autres types de soutien ([figure 2](#) et [encadré A](#)). Cet exercice montre que les différences ne sont pas diamétralement opposées et fait apparaître de multiples nuances et chevauchements. Par exemple, le soutien apporté lors d’une consultation par du personnel infirmier atteint de MNT se classe-t-il dans le soutien professionnel ou le soutien par les pairs ? Le soutien par les pairs s’ancre à l’intersection des efforts communautaires et des efforts institutionnels ([figure 2](#)), établissant un lien entre les deux sphères.

Figure 2. Types de relations de soutien (adaptation^{12,8})



ENCADRÉ A

Synonymes et concepts liés au soutien par les pairs^{11,13,14}

Synonymes

Éducateurs pairs, modérateurs pairs, groupes d'entraide, groupes de patients, entraide, mentors pairs, experts pairs.

Agents de santé communautaires

Les agents de santé communautaires sont des membres d'une communauté qui fournissent des services de santé élémentaires et servent d'intermédiaires entre la population et le système de santé formel. On les appelle aussi « promoteurs de santé », « éducateurs de santé », « volontaires de santé communautaire » ou « travailleurs de proximité ». Il est important de noter qu'ils vivent dans la même région ou ont la même culture que les personnes qu'ils soutiennent. Cela peut aussi être le cas des pairs qui apportent un soutien, les deux concepts ne s'excluent pas mutuellement. En général, la première caractéristique des pairs est l'expérience vécue d'une maladie spécifique.

Soutien non professionnel

Il s'agit d'un soutien apporté par une personne sans formation professionnelle spécifique. Ces personnes se classent à l'opposé des professionnels de santé très spécialisés. La plupart des pairs sont considérés comme non professionnels dans le contexte de la santé. Ce manuel préfère opter pour le terme « pair » qui souligne leur expérience réelle plutôt que l'absence de formation professionnelle. Dans le contexte des interventions de santé mentale, on parle parfois de « thérapeute non professionnel ».

Délégation/partage de tâches

Le concept de délégation/partage de tâches est souvent abordé dans les discussions sur la prestation des soins de santé, y compris en contexte humanitaire. Il repose sur l'idée que certaines tâches peuvent être accomplies en partie (partage) ou en totalité (délégation) par un prestataire moins spécialisé ou une personne non professionnelle. Il s'étend bien au-delà du soutien par les pairs et peut inclure tous les types de services cliniques et non cliniques, généralement dans l'optique d'une utilisation efficiente des ressources. Le soutien par les pairs n'entre

pas parfaitement dans cette catégorie car il apporte de nombreuses contributions autres que la prise de relais pour certaines tâches.

Consultations médicales collectives

Les consultations collectives sont des « rencontres cliniques au cours desquelles un groupe de patients reçoit une éducation et des conseils thérapeutiques et bénéficie d'un examen physique et d'un soutien clinique ».¹⁵ Ces consultations en groupe ont de larges plages de chevauchement avec les démarches de soutien par les pairs. Elles reposent en général, à des degrés divers, sur le rapprochement de personnes confrontées à des difficultés similaires, et vont au-delà de la considération purement biomédicale de la maladie. Elles peuvent aussi aborder de multiples préoccupations, par exemple avec des méthodes psychopédagogiques.

Clubs d'observance thérapeutique

Les clubs d'observance sont des groupes de personnes vivant avec une maladie particulière, comme le VIH ou une MNT. Ils ont pour vocation de simplifier le processus de collecte des médicaments et de créer des occasions d'éducation thérapeutique. Ils sont comparables à des groupes de pairs mais les critères de similitudes et d'expérience commune ne sont pas essentiels. Leur finalité et leur utilisation sont souvent moins étendues, à moins que leur conception ne prévoie une composante de soutien par les pairs.

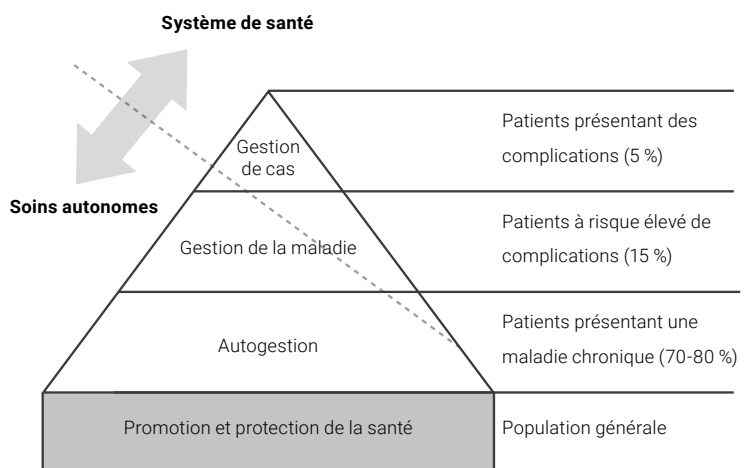
Groupes de thérapie et d'entraide

Ces deux concepts sont bien établis dans le domaine de la santé mentale. À l'instar du soutien par les pairs, ils regroupent des personnes confrontées aux mêmes problèmes. La thérapie de groupe est généralement menée par un professionnel de santé mentale et cible souvent des objectifs spécifiques de rétablissement. Par contraste, les groupes d'entraide sont moins formels, non structurés, non hiérarchiques et souvent créés à l'initiative des personnes ou des communautés. Ces groupes ont des notions en commun avec le soutien par les pairs, notamment l'entraide et l'autonomisation.

VALEUR DU SOUTIEN PAR LES PAIRS

L'une des valeurs fondamentales du soutien par les pairs est son approche des MNT globale et centrée sur la personne.¹⁶ Les personnes sont accompagnées dans tous les aspects de leur vie avec les MNT, pas uniquement pour ce qui concerne les diagnostics et les symptômes. Le soutien par les pairs se concentre sur les 99 % des soins supportés par les PVMNT et s'inscrit comme des soins autonomes dans leur environnement personnel, professionnel et social (figure 3).¹⁷ Les pairs aidants sont les mieux placés pour comprendre le parcours de soins autonomes d'une personne. Ils peuvent l'aider à renforcer ses compétences d'autogestion, souvent au cours du temps, ou à instaurer et maintenir un changement de comportement, exercice incroyablement difficile même dans les contextes disposant de toutes les ressources nécessaires.¹⁶

Figure 3. Perspective des systèmes de santé sur la relation entre soins autonomes et prise en charge professionnelle (adaptation,¹⁸ sous licence CC BY-NC 3.0 IGO DEED)



La meilleure estimation du potentiel du soutien par les pairs est donnée par l'ampleur du recours à ces interventions. Il existe des exemples dans les MNT, la prise en charge de la fin de vie, le VIH/sida et d'autres maladies transmissibles, la santé maternelle et infantile, y compris l'allaitement, la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) et les efforts de soutien aux réfugiés par des réfugiés. Dans les pays à revenus élevés, le soutien par les pairs est reconnu comme une aide importante dans la prise en charge institutionnelle des MNT. De nombreux acteurs humanitaires en sont également de fervents partisans.¹⁹⁻²³ Or, malgré cette reconnaissance, l'investissement dans des efforts de soins autonomes et les expériences de déploiement à grande échelle et d'intégration des concepts de soutien par les pairs dans les recommandations cliniques sont souvent insuffisants.

ENCADRÉ B

Les bénéfices potentiels du soutien par les pairs sont nombreux :²⁴⁻³⁰

- Amélioration des résultats de santé physique et mentale dans toutes les phases de la prise en charge
- Amélioration des résultats psychologiques (p. ex. efficacité personnelle, espoir)
- Diminution de l'isolement social et de la solitude
- Amélioration de la qualité de vie
- Renforcement des compétences de soins autonomes et incitation au changement de comportement au profit de choix de vie plus sains
- Consolidation du lien et de l'engagement des patients avec les professionnels de santé
- Réduction de la charge du personnel des établissements et des taux d'hospitalisation
- Modèle MNT efficace au regard des coûts pour la composante de prise en charge
- Mise en relation avec des personnes partageant les mêmes expériences et renforcement des réseaux de sensibilisation et d'entraide
- Plaidoyer pour et progression de la transition vers une prise en charge centrée sur la personne

Cette liste montre la variété des changements que le soutien par les pairs peut susciter, avec des niveaux de preuve disparates.¹⁶ Cependant son principal atout est sa capacité à dépasser un objectif unique, et les interventions doivent rarement être limitées à une MNT ou une affection spécifique. En revanche, des interventions de soutien par les pairs mises en œuvre de façon inappropriée peuvent avoir des effets néfastes pour les pairs leaders et les participants (p. ex. charge excessive, épuisement de la compassion, perte du sentiment d'efficacité personnelle, renforcement des comportements défavorables).⁸ Il y a aussi un risque de reproduire des disparités existantes dans l'accès aux soins ou, en cas de planification active spécifique, d'avoir pour seul effet de toucher les populations marginalisées et mal desservies.³¹

Pour les acteurs humanitaires, la valeur essentielle du soutien par les pairs pourrait être sa mise en œuvre relativement simple (p. ex. pas de technologie sophistiquée nécessaire) et son enracinement communautaire, ce qui correspond au modèle centré sur les soins primaires de la prise en charge des MNT de nombre de ces acteurs.⁵ Le soutien par les pairs s'est avéré remarquablement résilient

dans les périodes de volatilité et de perturbation des services, et cette approche peut aider activement les personnes à faire face à leur situation.³² Tout cela en fait un outil efficace dans l'arsenal humanitaire de prise en charge des MNT. Il ne doit toutefois pas être considéré comme une intervention isolée, ni se substituer à la prise en charge institutionnelle. Ses effets sont optimaux lorsqu'il s'ajoute à la prise en charge standard en établissement et aux efforts d'éducation thérapeutique des patients.

COMMENT FONCTIONNE LE SOUTIEN PAR LES PAIRS ?

Si l'on trouve de plus en plus de données probantes en faveur du potentiel du soutien par les pairs, le mécanisme de fonctionnement de ces interventions est beaucoup moins clair. L'existence de dizaines d'approches possibles empêche de prédire quelles composantes sont à l'origine de l'impact (ou de l'absence d'impact) d'un projet. C'est particulièrement vrai dans les contextes humanitaires et fragiles, les situations d'urgence et les populations touchées par des conflits, pour lesquels il existe très peu de résultats probants.

Le mécanisme du soutien par les pairs repose essentiellement sur des caractéristiques propres à ces pairs (à savoir, connaissances empiriques, points communs) qui définissent le type de soutien qu'ils peuvent apporter ; il est important d'en prendre acte.³³ Le soutien par les pairs ne se résume pas au rassemblement de personnes considérées comme des pairs : il nécessite aussi un espace leur permettant de nouer des liens et des interactions. Par exemple, des clubs d'observance thérapeutique ou des thérapies de groupe peuvent être organisés de manière à favoriser des interactions authentiques entre pairs. En dehors de l'importance de ces caractéristiques fondamentales, il n'y a pas beaucoup de consensus sur le fonctionnement du soutien par les pairs. Compte tenu de l'évolution des données probantes, toute théorie sur le sujet doit être considérée comme en cours d'étude et nécessitant une adaptation au contexte. La recherche sur le soutien par les pairs apporte des indications sur les mécanismes probables par lesquels les interactions entre pairs aboutissent aux bénéfices recherchés :^{15,34-38}

- **Relations de confiance** : la confiance est indispensable pour créer un environnement ouvert et sûr dans lequel les pairs se sentent acceptés et à l'aise pour échanger. Sans confiance, aucune interaction positive entre pairs n'est possible. Il pourrait s'agir du mécanisme principal, duquel découlent tous les autres.
- **Connexions sociales** : les PVMNT peuvent se sentir isolées de leur réseau et exclues (y compris en se mettant elles-mêmes à l'écart). L'intégration sociale, en soi un critère de résultat, peut favoriser d'autres changements positifs (p. ex. soins autonomes, qualité de vie). De nouvelles connexions sociales et l'occasion de sortir de chez soi peuvent motiver les personnes, répondre à leur sentiment de solitude et favoriser la responsabilisation mutuelle.
- **Développement d'une attitude et d'une identité positives** : les pairs peuvent stimuler une série de processus psychologiques positifs, qui constituent à la fois un critère de résultat et un mécanisme fondamental. Par exemple, en cultivant un sentiment d'espoir ou de capacité d'action et d'efficacité personnelle, en trouvant du sens et de l'inspiration, en gérant la stigmatisation ou en faisant face aux difficultés. Ces processus s'appuient

sur l'instauration d'interactions complexes entre pairs, incluant la validation mutuelle de l'expérience, des encouragements mutuels, le partage de bons moments, l'observation de l'appréciation positive des autres ou l'évocation de comparaisons sociales positives.

- Structuration des connaissances et des perceptions :** le soutien par les pairs peut offrir un nouveau réseau donnant accès à des informations fiables et pertinentes sur les MNT et l'hygiène de vie. Il crée aussi un espace propice au traitement des éventuelles idées fausses. La portée de ces informations, et du soutien par les pairs en général, peut s'étendre au-delà des participants et structurer les opinions des réseaux de pairs. En outre, l'amélioration des connaissances peut renforcer les pratiques de soins autonomes.
- Assistance pratique et émotionnelle pour les soins autonomes :** les pairs peuvent aider une personne à gérer son parcours de soins autonomes et à trouver ce qui lui convient, sans jugement et avec empathie. La parole des pairs a souvent plus de poids que celle des réseaux personnels ou des professionnels de santé. Leur légitimité se fonde sur leur compréhension empirique des complexités de la vie avec des MNT. L'apprentissage par observation des pairs peut également jouer un rôle important.
- Liaison avec la prise en charge :** les pairs peuvent servir d'intermédiaire avec d'autres services de prise en charge communautaires ou institutionnels. Ils peuvent être à même de discuter des options thérapeutiques, de lever les obstacles à l'engagement ou d'aider à s'y retrouver dans le système. La confiance accordée aux pairs peut être étendue à d'autres prestataires.
- Être ici et ensemble :** s'il peut être utile d'identifier les mécanismes clés, il ne faut pas perdre de vue la dimension humaine fondamentale du soutien par les pairs. Les relations interpersonnelles et les interactions peuvent prendre diverses formes. L'équipe de mise en œuvre doit veiller à laisser aux personnes la possibilité d'être simplement présentes et en lien avec les autres.

Ces mécanismes montrent que le soutien par les pairs agit en favorisant un changement positif et en atténuant les impacts négatifs.⁸ De plus, ils font apparaître toute la richesse des interactions entre pairs, au-delà de l'écoute et de l'échange.³⁹ Il existe un certain nombre de théories et techniques sociales et comportementales qui peuvent expliquer leur efficacité (p. ex. théorie de l'identité sociale, théorie de la comparaison sociale, théorie sociocognitive, théorie de l'autodétermination, techniques de changement de comportement).¹⁶ Ancrées dans les mécanismes centraux, les interactions et les relations de soutien par les pairs sont guidées par un ensemble de valeurs fondamentales (encadré C).

Une autre façon d'envisager le fonctionnement du soutien par les pairs consiste à s'intéresser à la qualité de sa mise en œuvre.³⁴ Ce point de vue s'appuie sur l'idée simple que des interventions efficaces peuvent n'avoir aucun impact si elles sont mal mises en œuvre. À cet égard, le présent manuel vise à accompagner les équipes de mise en œuvre.

ENCADRÉ C

Valeurs directrices du soutien par les pairs⁴⁰⁻⁴³



Mutualisme et égalité

Les pairs s'efforcent de construire des relations d'égal à égal. Ils se donnent la peine de prendre acte des écarts de pouvoir et des privilèges, de faire preuve de transparence à leur sujet et de les réduire autant que possible. Leurs relations tendent vers la confiance, le respect et l'authenticité. Le rôle des pairs n'est pas de faire respecter l'observance thérapeutique ou de signaler des manquements.



Réciprocité

Les pairs contribuent à parts égales à leurs relations et en tirent des bénéfices équivalents. Ils ne se prévalent pas d'une plus grande expertise ou de tout savoir. Les pairs reconnaissent que l'expérience de chacun est unique et offre un potentiel d'apprentissage mutuel.



Autodétermination

Les interactions entre pairs sont de nature non directive, ne prescrivent pas de traitements et n'offrent pas de solutions. Chaque personne définit ce qui lui convient et non ce qui convient à d'autres (« essaie cela, c'est très efficace pour moi »). Les pairs s'entraident pour trouver des solutions qui leur conviennent. Toutes les interactions sont fondées sur les choix personnels et l'autonomie.



Autonomisation

Les pairs s'efforcent de s'entraider pour renforcer leurs capacités et leur assurance en matière de soins autonomes. Les interactions se fondent sur la reconnaissance et l'encouragement des forces et des ressources de chacun. Les pairs jouent un rôle d'agents du changement en partageant des idées et des occasions d'aller de l'avant.



Inclusivité et sécurité

Le soutien par les pairs donne l'occasion aux personnes de se rapprocher et de se sentir considérées et comprises. Il s'appuie sur un langage, des valeurs et une perception des nuances communs. Il crée un espace sécurisé où chacun peut s'exprimer sans craindre le jugement des autres. Les pairs maintiennent des règles et des limites convenues.



Pour aller plus loin

- [Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation \(Commission de la santé mentale du Canada\)](#)
- [Peer Leader Manual \(Fédération internationale du diabète, FID\)](#)

Phase I

Planifier et lancer



Résumé

Ce chapitre décrit les premières étapes, depuis l'idée vague de recourir à une approche de soutien par les pairs jusqu'à la conception d'une intervention précise. Il couvre l'élaboration des objectifs et les réflexions pratiques sur la constitution d'une équipe de projet robuste et le rôle potentiel des diverses parties prenantes. Il est important de signaler que toutes ces étapes ne représentent qu'une partie d'une riposte sanitaire humanitaire et d'un modèle de prise en charge des MNT plus étendus.

Mots clés

- Justification et objectifs
- Groupe cible
- Équipe de projet
- Choix de l'approche de soutien par les pairs
- Parties prenantes
- Pérennité

Liste de contrôle

- Esquisser le ou les groupes cibles et les objectifs du projet
- Envisager un exercice sur la théorie (simplifiée) du changement
- Constituer une équipe de projet pluridisciplinaire en donnant la priorité aux PVMNT
- Établir un plan d'action clair pour la participation significative des PVMNT
- Planifier le projet en répondant aux questions POURQUOI ?, QUI ?, QUOI ?, OÙ ?, QUAND ? et COMMENT ?
- Analyser les parties prenantes et transposer les résultats en une stratégie d'engagement
- Préparer une stratégie de transfert ou un plan de pérennisation et obtenir l'accord des parties prenantes concernées
- Examiner la participation significative des PVMNT à toutes les décisions adoptées

Étape 1

DÉFINIR LE GROUPE CIBLE ET LES OBJECTIFS

Au début de la réflexion sur les interventions de soutien par les pairs se pose la question : Le soutien par les pairs est-il adapté aux besoins des PVMNT dans notre contexte ? Cette étape s'appuie sur l'hypothèse que les PVMNT ont été identifiées comme un groupe homogène confronté à des besoins ou des perturbations de soins importants dans un contexte particulier. Cette vision globale découle souvent d'une évaluation de routine des besoins humanitaires. Les données recueillies peuvent mettre en évidence divers besoins humanitaires dans des groupes, des régions ou des services variés. L'équipe de mise en œuvre devrait exploiter ces données, avec les principales parties prenantes ([étape 4](#)), pour identifier le groupe cible d'une éventuelle intervention de soutien par les pairs ([encadré D](#)) et déterminer si les besoins de ce groupe correspondent aux objectifs et aux forces d'une telle approche ([tableau 1](#)). De plus, cette vue d'ensemble aide l'équipe de mise en œuvre à appréhender l'état actuel des services et à repérer des possibilités de liaison avec le système de santé existant (p. ex. établissements d'adressage).

Lorsqu'un groupe cible préliminaire a été défini, l'équipe de mise en œuvre devrait chercher à établir si l'approche de soutien par les pairs est adaptée aux besoins de ce groupe. La synthèse des objectifs ci-dessous peut être un bon point de départ, mais elle n'est pas exhaustive et il est possible d'adopter des objectifs complémentaires (p. ex. génération de revenus, résilience de la communauté) pour certains projets.

ENCADRÉ D

Spécification du groupe cible

Quelles sont les MNT et les zones géographiques prioritaires ?

L'évaluation des besoins et d'autres sources de données (p. ex. données de routine, rapports, enquêtes de santé, systèmes d'information sur la santé, évaluations communautaires) peuvent faciliter l'identification du groupe et des régions que le projet doit cibler. Dans le cadre de ce manuel, cette tâche inclut l'identification de MNT spécifiques. Les acteurs humanitaires ont une grande expérience de ce processus et peuvent en outre s'aider des facteurs mis en avant par Bausch et al.⁴⁴ Leurs recommandations comprennent notamment l'importance de prendre en compte la charge de morbidité locale et les affections moins prévalentes qui se répercutent fortement sur la qualité de vie des personnes. Les acteurs humanitaires doivent se conformer aux priorités du pays (p. ex. la stratégie nationale en matière de MNT) ou, s'il n'y a pas de formalisées, aux orientations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (p. ex. le Package of essential noncommunicable disease interventions).

Quelles sont les options disponibles pour inclure les personnes vivant avec plusieurs MNT ou affections ?

Si le groupe cible est généralement centré sur une MNT particulière (p. ex. le diabète), il est rarement nécessaire de recourir à une intervention de soutien par les pairs verticale. En effet, les définitions du groupe cible peuvent refléter le fait que, dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, 40 % des personnes vivant avec une MNT présentent également d'autres MNT ou affections (p. ex. la tuberculose).⁴⁵ Pour définir les affections et complications à inclure, il est recommandé d'évaluer les similitudes entre les expériences des personnes. Ces similitudes ne sont pas exclusivement liées à un diagnostic de MNT ou à des symptômes en commun, mais

peuvent toucher tous les aspects de la vie avec une maladie (p. ex. stigmatisation, soutien et ressources accessibles, soins autonomes, coûts). Même les personnes qui vivent avec des affections distinctes (p. ex. VIH et diabète) peuvent devenir des pairs solides si ce qu'elles vivent est assez comparable.⁴⁶ Pour cette étape, des consultations avec les acteurs locaux et les personnes ayant des expériences réelles peuvent s'avérer utiles. Au minimum, le soutien par les pairs de personnes vivant avec des MNT physiques devrait s'intéresser au rôle du handicap et de la santé mentale, compte tenu des synergies de ces aspects ([phase II](#)).

Quels devraient être les groupes prioritaires ?

Dans l'idéal, l'évaluation des besoins devrait recueillir des données sur les disparités en termes de résultats de santé et d'accès aux soins. Ces informations peuvent aider les acteurs à identifier des groupes de population marginalisés sur le plan culturel, économique ou social et à envisager leur rôle dans un éventuel projet de soutien par les pairs. En pratique, il n'y a souvent pas de données ventilées disponibles et il faut alors se tourner vers d'autres sources d'information, par exemple en consultant les parties prenantes. Les groupes vulnérables et marginalisés peuvent être reflétés dans la définition du groupe cible ou dans le processus de sélection des participants ([étape 5](#)).

Y a-t-il un groupe cible secondaire ?

Pour certains projets, un groupe cible secondaire peut être défini. Selon les objectifs, il peut inclure du personnel institutionnel (p. ex. si l'objectif est la réduction de la charge de travail) ou le réseau de soignants et social des PVMNT (p. ex. pour des objectifs de diminution de la stigmatisation et de renforcement de l'intégration sociale).



Conseil pratique

Ces réflexions devraient amener l'équipe de mise en œuvre à une définition préliminaire du groupe cible, qui pourra par la suite être affinée en fonction des ressources du projet et du format de l'intervention ([étape 3](#)). Ainsi, un projet disposant de ressources suffisantes peut être en mesure d'atteindre deux groupes cibles distincts (c.-à-d. des groupes ayant peu d'expériences en commun) en établissant des groupes de soutien par les pairs parallèles. Il peut aussi apparaître à ce stade qu'une multitude de facteurs influencent la similitude des expériences des pairs (notamment l'âge, le genre, la présence d'un handicap, le niveau d'éducation). Ils sont abordés à la [phase II](#), car la plupart de ces facteurs peuvent être pris en compte par les modalités de mise en œuvre d'une intervention. Cependant, comme certains peuvent influencer fortement la définition du groupe cible, il est utile de vérifier rapidement l'[étape 5](#) à ce stade.




Exercice

Pour identifier les objectifs les plus pertinents, les acteurs peuvent envisager d'utiliser un processus de théorie du changement (TdC). Même si une approche TdC complète n'est pas possible, cette démarche est utile pour mener une réflexion informelle sur le fonctionnement d'un projet de soutien par les pairs ([annexe C](#)).

Tableau 1. Liste synthétique des objectifs possibles d'une initiative de soutien par les pairs

Objectif	Considérations particulières
Remettre la personne au cœur de la prise en charge	Le soutien par les pairs est centré sur l'expérience complexe de la vie avec une MNT, et non uniquement sur les symptômes et les traitements. Ce changement de perspective peut être mis à profit pour influencer progressivement les entretiens cliniques de routine, les processus institutionnels et, en théorie, les pratiques organisationnelles. Celles-ci sont rarement observées en situation réelle et nécessitent un engagement et des efforts soutenus pour promouvoir la participation significative des PVMNT (encadré E).
Améliorer la santé physique et mentale	C'est typiquement l'objectif premier du soutien par les pairs. Il sera utile de le préciser, en particulier dans ses aspects sociaux, cliniques, psychologiques et comportementaux. Quelques exemples : i) atténuer la solitude des personnes et renforcer les réseaux (aspect social) ; ii) améliorer l'efficacité personnelle et l'espoir de rétablissement (aspect psychologique) ; iii) améliorer les résultats de santé indirects (aspect clinique). L'équipe de mise en œuvre peut aussi prendre en compte le rôle du soutien par les pairs sur l'ensemble du continuum de prise en charge des MNT, depuis la prévention primaire jusqu'à la rééducation et les soins palliatifs. L'intervention peut cibler les efforts et s'y référer tout au long de ce continuum.
Réduire la charge de travail des établissements	La réduction de la charge de travail est souvent un important objectif secondaire. Il s'appuie sur le principe de la délégation et du partage des tâches en vue d'alléger la charge des personnels de santé, voire d'améliorer la qualité des soins. ⁴⁷ Il est préférable de ne pas en faire le seul objectif du soutien par les pairs, car cela risque d'éloigner l'intervention de ses mécanismes et valeurs fondamentaux. Dans les projets, on veillera à ce que tous les membres du personnel aient les compétences et la motivation nécessaires (y compris par des mesures incitatives). Le soutien par les pairs, comme la prise en charge par des professionnels, a ses forces et ses faiblesses dont il convient de tenir compte. Il ne doit en aucun cas se substituer à des prestations cliniques. Il est important que les interventions de soutien par les pairs n'accroissent pas la charge de travail du personnel en place.
Renforcer les réseaux et les compétences de plaidoyer	Réunir des personnes dans le cadre d'un projet de soutien par les pairs peut aider à créer ou renforcer leurs capacités de plaidoyer pour leurs besoins. Ce point de vue s'enracine dans une approche de la santé fondée sur les droits des personnes. Il vise à leur donner les moyens de plaider pour leurs droits auprès des responsables. Cette approche peut venir compléter des efforts directs d'amélioration de la santé et du bien-être (c.-à-d. fondés sur les besoins).


ÉTUDE DE CAS 2
Inde

Soutien par les pairs fondé sur les droits

La composante de soutien par les pairs de l'étude de cas QualityRights met en avant une autre possibilité d'aborder les MNT sous un angle plus psychosocial dans les interventions. En plus de s'intéresser aux dimensions cliniques de la vie avec les MNT à travers les systèmes de santé en place, le soutien par les pairs peut améliorer les connaissances des personnes concernées sur leurs droits et les accompagner tout au long de leur parcours de rétablissement, en leur conférant l'assurance et les compétences dont elles ont besoin pour plaider leur cause.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Le résultat de cette étape devrait être une description précise des objectifs et du ou des groupes cibles de l'intervention de soutien par les pairs. Les équipes de mise en œuvre doivent veiller à fournir des informations suffisamment détaillées, car cela simplifiera toutes les décisions ultérieures et facilitera le maintien du cap du projet. Par exemple, ces données peuvent aider à sélectionner les membres de l'équipe ([étape 2](#)), à concevoir les supports et le manuel pratique prévus ([étape 6](#)) ou à définir les objectifs du suivi et de l'évaluation et les mesures phares ([étape 10](#) et [étape 11](#)).



Critères d'évaluation possibles

Une MNT chronique se répercute sur tous les aspects de la vie des personnes touchées. Pour prendre en compte cette réalité, les projets de soutien par les pairs peuvent définir et évaluer un large éventail de critères possibles. Il peut s'agir d'aspects directs (p. ex. éviter les complications) ou indirects de la vie avec une MNT (p. ex. impact économique, stigmatisation). Le projet de soutien par les pairs de la Société de la Croix-Rouge du Kenya (KRCS) offre un exemple intéressant. Parallèlement aux critères liés aux résultats de santé et aux soins autonomes des personnes, ce projet ciblait l'autonomisation économique. Ce critère repose sur la compréhension du fardeau économique particulièrement lourd des MNT, qui peut constituer une priorité majeure pour les PVMNT. Cet exemple montre non seulement la diversité des cibles envisageables pour les projets de soutien par les pairs, mais également la nécessité de s'adapter à la réalité du contexte et des capacités. L'expertise locale de la KRCS et la bonne connaissance de ces approches au sein des communautés locales ont permis au projet de cibler l'autonomisation économique. Les acteurs humanitaires, en particulier si leur mandat principal est axé sur la santé, doivent réfléchir à la faisabilité et aux ressources nécessaires pour intégrer des thématiques qui sortent de leur champ d'expertise.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 2

IDENTIFIER L'ÉQUIPE DE PROJET

Un projet de soutien par les pairs, comme toute riposte humanitaire, implique de nombreuses décisions stratégiques et opérationnelles nécessitant la constitution d'une équipe de projet centrale (ou « équipe de mise en œuvre »). Les acteurs humanitaires mettent régulièrement sur pied des équipes de projet et connaissent bien les principaux éléments à prendre en considération. Cette section ne présente que les fonctions et l'expertise pertinentes pour les projets de soutien par les pairs qui ont tendance à être négligés.



Personnes ayant une expérience réelle : les PVMNT devraient être au cœur de tous les efforts de soutien par les pairs. Dans l'idéal, elles devraient faire partie de l'équipe de mise en œuvre, et leurs avis devraient compter autant que ceux des autres membres de l'équipe. Des options d'implication plus limitée peuvent être envisagées, au début du projet ou lorsque les ressources sont insuffisantes, mais il faut tendre vers une participation plus significative avec le temps. Le rôle des personnes ayant l'expérience réelle des MNT doit être détaillé dans un plan de participation significative décrivant clairement l'accueil qui sera fait à leurs propos.



Équipe pluridisciplinaire : les équipes de projet incluent souvent des personnes ayant une expertise clinique des MNT, mais d'autres domaines de connaissances techniques peuvent être négligés. Or, même si la cible première d'un projet est la santé physique, les équipes devraient faire intervenir des spécialistes en SMSPS et en sciences sociales, car ces disciplines ont de nombreux domaines communs avec la santé physique. Selon l'objectif du projet, cette équipe peut comprendre des thérapeutes, des diététiciens, des coaches en compétences essentielles et des travailleurs

sociaux. D'autres perspectives peuvent être prises en compte, par exemple économiques, juridiques, éducatives ou centrées sur la protection, la rééducation et le handicap, l'agriculture, le changement climatique ou la justice sociale.



Acteurs locaux : une analyse des parties prenantes (étape 4) peut fournir un point de départ pour permettre aux organisations qui ont l'expertise nécessaire d'accompagner la conception générale de l'intervention de soutien par les pairs, d'aider à atteindre le groupe cible ou de définir des parcours d'adressage (p. ex. [IASC Inter-Agency Referral Guidance Note for Mental Health and Psychosocial Support](#)). Ces organisations peuvent être des associations nationales de patients, des organisations populaires, des dirigeants communautaires locaux, des cultes et d'autres groupes d'intérêt (p. ex. droits des personnes âgées).

La composition optimale de cette équipe dépend de la portée définie pour le projet (étape 1) et des ressources disponibles. Pour garantir leur capacité d'action et leur responsabilité, il est important que les personnes recrutées à ce stade aient la possibilité d'examiner toutes les décisions prises en amont. Outre l'équipe de projet, un comité consultatif peut être créé pour apporter des orientations stratégiques (p. ex. autres acteurs humanitaires ou du développement, autorités nationales). Il est conseillé d'envisager des partenariats avec le ministère de la Santé ou, au minimum, de compléter son action et de s'aligner avec les plans juridiques et stratégiques nationaux.

ENCADRÉ

La participation significative des PVMN, pierre angulaire de ces projets

La participation significative des personnes ayant une expérience réelle à toutes les étapes d'un projet de soutien par les pairs est essentielle. Outre son importance sur le plan moral, cette implication peut permettre d'adapter le projet au contexte et, à terme, amplifier ses effets. L'idée centrale est « Rien pour nous sans nous », et la reconnaissance que l'expérience réelle des personnes est aussi importante que l'expertise technique. Si la valeur de l'expérience vécue est reconnue dans les ripostes humanitaires, dans la pratique, les efforts ne suivent généralement pas.⁵

La participation significative des PVMN peut avoir différents visages. Si l'on considère une échelle de l'implication, elle va d'un engagement limité (simple participation) à l'intégration complète des personnes et la prise de responsabilités (coproduction).^{48,49} La participation significative est l'antithèse d'une participation de pure forme ou symbolique.⁵⁰ Tout au long de ce manuel, des suggestions pratiques pour une participation significative des PVMN à un projet de soutien par les pairs sont proposées. Au bout du compte, la participation significative des personnes est une question de changements de la culture organisationnelle. Un seul projet peut ne pas suffire à

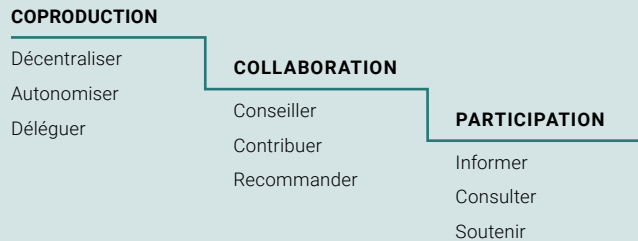
instaurer un tel changement, mais peut initier une réflexion sur son influence pour faire avancer les choses et son rôle face aux déséquilibres des forces dans la santé mondiale.⁵¹ À propos des actions à l'échelle du projet, les équipes de mise en œuvre peuvent se demander : « Quelles étapes pratiques pouvons-nous mettre en place pour faire avancer nos organisations sur l'échelle de la participation significative ? »



Pour aller plus loin

- [Impliquer les personnes vivant avec des MNT \(NCD Alliance\)](#)
- [Cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des maladies non transmissibles](#)
- [Prioritizing People with Lived Experience as Partners \(Médecins sans frontières\)](#)
- [Directives : Intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire \(IASC\)](#)

Figure 4. Échelle de participation significative des PVMN (adaptation⁴⁹)



Étape 3

CHOISIR UNE APPROCHE DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

Il existe une multitude d'approches de soutien par les pairs. Ce vaste choix est utile pour les équipes de mise en œuvre, mais c'est aussi une formidable valeur ajoutée du soutien par les pairs, qui peut s'adapter facilement aux divers besoins des PVMN et à leur contexte socioculturel. Toutes les approches reposent sur les mêmes mécanismes fondamentaux et valeurs directrices. La raison (POURQUOI ?) du soutien par les pairs étant déterminée (étape 1), cette étape définit une esquisse d'intervention et couvre les questions QUI ? (qui réalise l'intervention), QUOI ?, COMMENT ?, OÙ ? et QUAND ? (tableau 2).



Conseil pratique

Visualisez la portée du projet à ce stade. Par exemple les lieux, le nombre de groupes, le nombre de participants attendus et un possible calendrier. Une carte visuelle du projet est un outil extrêmement efficace pour mettre tous les membres de l'équipe en phase et simplifier la communication avec les parties prenantes.

Tableau 2. Combinaisons possibles de choix de mise en œuvre du soutien par les pairs (adaptation¹⁶)
Les équipes de mise en œuvre peuvent adopter n'importe laquelle de ces combinaisons :

QUI ?	QUOI ?	COMMENT ?	OÙ ?	QUAND ?
<ul style="list-style-type: none"> • Pairs formés • Pairs non formés • Pairs rémunérés • Bénévoles • Personnes possédant une identité ou des caractéristiques spécifiques • Personnes non professionnelles • Professionnels • Indéfini/collectif 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation (fondé sur la thématique) • Fondé sur l'activité • Prestation dispensée par des pairs • Discussion • Mentorat • Soutien émotionnel et social • Assistance pratique • Accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuel • Petits groupes • Grand groupe • Participation ouverte • Participation fermée 	<ul style="list-style-type: none"> • Domicile • Site communautaire • Établissement de santé • Par téléphone • En ligne • SMS 	<ul style="list-style-type: none"> • < 3 mois/<i>ad hoc</i> • 3 à 6 mois • > 6 mois <p>FRÉQUENCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séance unique • Hebdomadaire/bihebdomadaire • Mensuelle • Moins d'une fois par mois

Exemple : Une intervention de soutien par les pairs...

... où des jeunes vivant avec un diabète de type 1 sont accompagnés par des pairs formés...	... offrant un soutien social, émotionnel et pratique fondé sur des thématiques et des activités...	... en groupes fermés de moins de 10 personnes...	... sur un site communautaire local...	... toutes les deux semaines pendant six mois.
---	---	---	--	--



Exercice

Pour trouver les options les plus adaptées, les équipes de mise en œuvre peuvent utiliser des questions de réflexion (guide des réponses à l'[annexe D](#)) et le guide de la prise de décision ([annexe E](#)) afin d'évaluer les points forts et les faiblesses de chaque possibilité.

Question 1 : Quel est l'effet de la situation humanitaire évolutive ?

Question 2 : Quelles sont les préférences de la communauté cible ?

Question 3 : À quels efforts existants pouvons-nous nous joindre ?

Question 4 : De quelles ressources dispose notre organisation ?

Question 5 : Quelle peut être la pertinence d'options de mise en œuvre conjointe ?

Cette étape doit aboutir à une esquisse d'intervention définissant tous les choix clés de la mise en œuvre. Elle doit aussi permettre aux équipes de mise en œuvre de déterminer la portée de l'intervention, notamment : i) les sites spécifiques de mise en œuvre (p. ex. régions, villes, établissements) ; ii) le nombre maximum de groupes/réseaux/binômes/participants au soutien par les pairs ; iii) la durée de l'intervention ; et iv) le nombre de cycles (le cas échéant). Une fois définie, cette ébauche reste rarement inchangée

au cours de la mise en œuvre, ce qui est souhaitable. Les approches de soutien par les pairs peuvent évoluer de façon continue pour répondre aux besoins des membres de l'équipe ([étape 9](#)).

ENCADRÉ F

Une vision radicale du soutien par les pairs ?

Le soutien par les pairs va au-delà d'une simple intervention centrée sur les MNT. Même lancé par des acteurs humanitaires ou gouvernementaux, le soutien par les pairs ne peut être parfaitement authentique que s'il est dirigé par des PVMNT. À cette fin, les acteurs doivent s'engager et planifier une transition progressive du pouvoir décisionnaire et de la responsabilité. En pratique, cela peut prendre la forme d'un soutien par les pairs entièrement organisé autour des priorités convenues de ses membres, avec une organisation dont le rôle se limite à fournir une assistance sur demande (p. ex. mise à disposition d'un lieu de réunion, organisation de conférences cliniques). Ce niveau de responsabilité requiert d'importantes capacités internes dans la communauté. Il est difficile à atteindre au début d'un projet, mais peut être un plan et un rappel vers lequel les organisations peuvent tendre. La radicalité de cette vision tient sans doute moins à la responsabilité des pairs qu'à la façon dont elle empiète sur les processus et les mandats organisationnels. Elle nécessite de renoncer à un contrôle considérable, ce qui implique de réussir à gérer les difficultés liées aux exigences des donateurs, aux normes de communication et à la responsabilité financière. Le projet UK Together¹⁰ et l'[étude de cas 4 \(Kenya\)](#) en sont d'excellents exemples.



Pérennité du projet

Le projet a obtenu d'excellents résultats sur le plan de la pérennité, l'équipe de projet ayant œuvré activement à la continuité de la responsabilité des principales parties prenantes. L'un des temps forts de ce processus a été une réunion de diffusion de haut niveau avec des invités du ministère de la Santé, de l'OMS, de Grand Challenges Canada et d'autres parties prenantes.

La langue de la réunion était l'anglais, mais un bénévole du projet de soutien par les pairs a été invité pour un partage d'expériences en langue locale, ce qui a été l'une des initiatives les plus déterminantes pour les décideurs principaux. Poussant à des engagements précis, l'équipe a réussi à obtenir une ligne budgétaire spécifique du ministre de la Santé au département d'État. La présentation d'une réussite majeure assure la poursuite des financements pour les principales composantes du modèle de soutien par les pairs. Malgré ces succès, intégrer l'intervention en respectant son esprit demeure un défi. Par exemple, les bénévoles du programme de soutien par les pairs, même s'ils sont présents dans les établissements, peuvent être appelés à décharger des personnels de certaines tâches, laissant de côté leur mission liée au rétablissement. Il convient donc d'inclure dans les plans de pérennité une description précise des rôles et des objectifs de développement à long terme pour les pairs volontaires, ainsi que des séances de supervision structurées et régulières. Il serait notamment intéressant de considérer les bénévoles du programme de soutien par les pairs comme une sorte de tremplin sur le parcours du rétablissement, et non comme le but final. À cette fin, on pourrait les aider à poursuivre leur éducation, ou embaucher des pairs et d'autres usagers pour développer leur parcours et favoriser des opportunités d'emploi plus formelles.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 4

MOBILISER LES PARTIES PRENANTES ET PÉRENNISER LE PROJET

Identifier les principales parties prenantes et obtenir leur adhésion est crucial dans tout projet. Une analyse formelle des parties prenantes peut être utile et les organisations disposent souvent en interne d'outils adéquats. De format variable, ils comprennent généralement : i) recherche de toutes les parties prenantes envisageables ; ii) attribution à chacune d'une note selon certains critères comme l'influence, l'attitude, etc. ; iii) classement hiérarchique des plus pertinentes ; et iv) élaboration d'une stratégie d'engagement (depuis la surveillance, l'information et la consultation, jusqu'à la collaboration). Il est recommandé aux équipes de mise en œuvre d'utiliser ces outils pour examiner la composition de l'équipe de projet et du comité consultatif ([étape 2](#)).



Pour aller plus loin

[Guide de l'OMS sur l'adaptation des programmes de santé \(p. ex. encadrés « Inspiration » 2 et 10\) \(en anglais\)](#)

L'analyse des parties prenantes utilisées peut être plus ou moins formelle, mais leur engagement repose sur quelques règles empiriques :

- 1. Valider l'analyse des parties prenantes :** à l'issue de la première analyse, l'équipe passe fréquemment à côté de certaines parties prenantes. Les responsables de la mise en œuvre devraient faire valider l'analyse par des personnes ayant une excellente connaissance du contexte. Les acteurs moins visibles peuvent comprendre des organisations populaires, des groupes de soutien informels, des organisations non gouvernementales locales et des représentants nationaux.
- 2. Impliquer tôt et de manière proactive :** il est généralement préférable d'impliquer les parties prenantes assez tôt. Dans de nombreux cas, le personnel de terrain (p. ex. les bénévoles

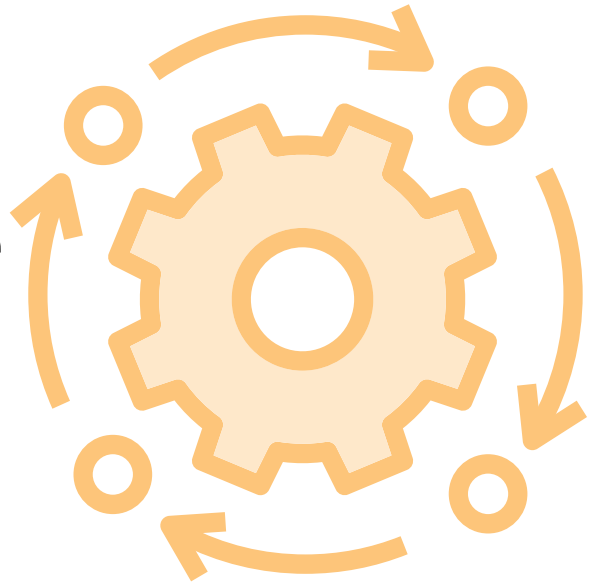
et les travailleurs sociaux) et les PVMNT, en particulier, n'est impliqué qu'à partir du moment où le projet devient concret. Or, cela empêche de profiter de la connaissance approfondie que ces personnes ont du contexte, et peut limiter leur capacité d'action ou leur responsabilité. Même lorsqu'il n'est pas possible d'impliquer toutes les parties prenantes en profondeur, une discussion rapide ou un e-mail percutant peuvent avoir d'excellents résultats.

- 3. Envisager la pérennité dès le début du projet :** la planification de l'engagement dépasse la seule mise en œuvre du projet et devrait inclure les rôles des parties prenantes dans sa pérennisation. La réussite spectaculaire d'un projet de soutien par les pairs et son éloge par toutes les parties prenantes ne sont absolument pas une garantie que le projet sera poursuivi par un acteur ayant un mandat plus long ou par les pairs eux-mêmes. La clé de la pérennité réside dans une planification détaillée et dans des efforts pour gagner l'adhésion des parties prenantes.

Une approche systématique de l'implication des parties prenantes peut être extrêmement fructueuse. Cependant, la pérennisation des projets dans un contexte humanitaire peut s'avérer très complexe, notamment du fait des incertitudes liées aux financements et aux allocations spécifiques, des capacités limitées et des budgets en concurrence. Les équipes de mise en œuvre devraient anticiper ces difficultés en mettant au point un plan de remise précis indiquant clairement les responsabilités de chacun et les divers échéanciers. Le plan doit être approuvé, si possible, avant le lancement du projet, par toutes les parties prenantes qui y jouent un rôle clé. Pour un projet de soutien par les pairs, ceux-ci peuvent prendre le relais et s'organiser après la clôture, souvent en coordination avec des acteurs du système de santé national. Dans ce scénario comme dans les autres, la planification doit être proactive.

Phase II

Mettre en œuvre et adapter



Résumé

Cette phase couvre les principaux aspects de la mise en œuvre d'une intervention de soutien par les pairs. Elle commence à la sélection des participants et se poursuit avec l'élaboration du manuel, la formation des modérateurs, les questions pratiques et l'adaptation continue. Toutes les étapes décrites dans ce chapitre ne seront pas utiles dans tous les projets, et certaines devront être adaptées, voire ignorées. De même, les modèles de groupe sont souvent pris en exemple dans tout ce chapitre, mais les indications s'appliquent à d'autres formats, comme le soutien individuel. Avant de commencer, il peut être utile de passer en revue la liste de contrôle du chapitre précédent.

Mots clés

- Sélection des participants et des modérateurs
- Description des rôles
- Formation et supervision
- Manuel technique
- Résolution des problèmes

Liste de contrôle

- Définir les critères de sélection des pairs participants
- Élaborer un manuel en collaboration avec divers experts (p. ex. expériences pédagogiques, locales ou réelles)
- Vérifier que le langage de toutes les communications est inclusif et respectueux de la dignité
- Définir les critères de sélection des modérateurs et décrire précisément leur rôle
- Recruter les modérateurs et approuver la description des rôles
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de formation des modérateurs fondé sur les besoins de formation identifiés
- Définir une stratégie de recrutement des participants et mettre en place les processus
- Mener l'application pilote du manuel et effectuer les révisions nécessaires
- Préparer les interventions de soutien par les pairs et organiser les questions pratiques (équipe de mise en œuvre et modérateurs)
- Démarrer les séances de soutien par les pairs et les adapter si nécessaire

Étape 5

SÉLECTIONNER ET RECRUTER LES PARTICIPANTS

La sélection des participants est une composante essentielle des projets de soutien par les pairs, car les interactions positives entre pairs peuvent dépendre de la façon dont ils ont été sélectionnés. Négliger cette étape peut aboutir à accroître inutilement la charge de travail des modérateurs qui devront faire face aux problèmes de confiance et aux éventuels conflits.

Il s'agit ici d'identifier les caractéristiques des pairs les plus pertinentes pour leur expérience de l'intervention. La finalité est double : i) aider à sélectionner les participants au sein du groupe cible au sens large ([étape 1](#)) ; et ii) identifier les facteurs qui influencent la conception et la mise en œuvre du manuel. Les critères de sélection doivent être définis de manière à identifier des pairs qui se ressemblent et sont susceptibles de tirer le meilleur profit de leur participation.

Les points communs sont au cœur du soutien par les pairs. En effet, plus la ressemblance entre les pairs sélectionnés est grande, plus elle a de chances de susciter empathie et réciprocité.⁸ Il est important de noter que cette étape cible les similitudes perçues plutôt que les ressemblances objectives, afin de donner la priorité au sentiment de communauté des participants. Cette règle a des exceptions, des cas où des groupes mélangés peuvent offrir des opportunités uniques. Dans de tels scénarios, le rôle du modérateur de mettre en lumière les points communs est encore plus important.

ENCADRÉ G

Clarification d'une idée fausse

Ce manuel portant sur le soutien par les pairs des PVMNT, il est naturel d'en déduire que l'élément le plus important est l'expérience commune de la vie avec une MNT. En d'autres termes : « Pour les personnes vivant avec un diabète de type 1, le bénéfice est maximal si le soutien est apporté par des pairs atteints de diabète de type 1. »

Or, il s'agit là d'une vision limitée, centrée sur la maladie et non sur la personne. Le soutien par les pairs ne peut pas reposer exclusivement sur l'expérience commune de la vie avec une maladie, mais doit prendre en compte d'autres niveaux de ressemblances et de différences.^{9,46} L'importance de ces autres facteurs devient claire lorsque l'on étudie comment l'identité sociale et l'appartenance à un groupe façonnent les perceptions, les valeurs et les expériences de vie. Prenons l'exemple fictif de deux personnes vivant avec deux maladies chroniques différentes (p. ex. maladie cardiovasculaire et diabète) dans le même camp de personnes déplacées. Leur expérience quotidienne et leur perception de la similitude sont vraisemblablement beaucoup plus marquées que si l'une des deux n'était pas une personne déplacée mais vivait dans la ville voisine, y compris si elle avait le même diagnostic et les mêmes symptômes. Les projets doivent appréhender le rôle de ces caractéristiques dans le contexte local, ainsi que les facteurs les plus importants pour les participants.

La liste suivante recense les caractéristiques généralement pertinentes en fonction des contextes. L'encadré H peut aider les équipes de mise en œuvre à classer ces facteurs par priorité.

- **Genre** : le genre est un élément fondamental des expériences vécues, y compris pour les personnes atteintes de MNT. Dans certains contextes, il peut être préférable de former des groupes mixtes, alors que ce serait inacceptable dans d'autres, par exemple pour des raisons culturelles ou religieuses. Les personnes qui ne s'identifient pas aux normes de genre traditionnelles peuvent préférer des groupes de soutien par les pairs distincts.
- **Appartenance ethnique, nationalité et langue** : les personnes issues de différents groupes ethniques, de même que les personnes déplacées et les populations hôtes, peuvent souvent avoir l'impression de former des communautés distinctes. Il peut arriver que ces sentiments se transforment en hostilité mutuelle. Si le risque de tensions est trop important, il faudra séparer les groupes ou les séances. En revanche, le soutien par les pairs peut avoir l'objectif explicite de rapprocher ces communautés et de les aider à surmonter leur hostilité en se concentrant sur les expériences qu'elles partagent. Ces différences peuvent également se retrouver dans les langues ou variantes locales privilégiées.
- **Classe sociale** : l'appréhension du concept de classe sociale est fortement liée au contexte. Les équipes de mise en œuvre doivent évaluer les facteurs qui déterminent les expériences des communautés en matière de classes sociales, notamment parce que de nombreux facteurs peuvent être intangibles ou cachés. Un facteur qui entre fréquemment en jeu peut être le niveau d'éducation, puisqu'il influence les expériences quotidiennes, y compris le mode et le lieu de vie, les revenus, la façon de s'exprimer ou les difficultés du quotidien (p. ex. accès à des aliments « sains »).
- **Âge** : les similitudes en termes d'âge peuvent transparaître dans la langue commune, les référentiels ou les centres d'intérêt. La perception de ce qui constitue des groupes d'âge distincts est façonnée par les normes culturelles locales. Rapprocher des personnes d'âge similaire (p. ex. organisations distinctes pour les adultes et les jeunes) peut faciliter de multiples mécanismes faisant intervenir les pairs. À l'inverse, les formats intergénérationnels peuvent offrir un puissant levier d'apprentissage par les pairs et s'intégrer aux efforts d'approches plus inclusives luttant contre les préjugés liés à l'âge.
- **Délai depuis le diagnostic** : les personnes qui vivent avec des MNT depuis de nombreuses années n'ont pas les mêmes besoins ni les mêmes perceptions que des personnes nouvellement diagnostiquées. Comme en ce qui concerne la différence d'âge, le rapprochement de ces personnes peut apporter la valeur ajoutée de l'apprentissage mutuel.
- **Zone géographique** : la proximité géographique des pairs les uns par rapport aux autres peut avoir un effet sur les séances en présentiel. Par exemple, sélectionner des personnes qui vivent dans le même secteur peut permettre de trouver plus facilement un site accessible et favoriser l'organisation de rencontres informelles. Il est particulièrement utile de pouvoir offrir un soutien par les pairs aux personnes qui vivent dans des communautés éloignées et ont souvent de longues distances à parcourir pour accéder à d'autres types de soins. Par ailleurs, les personnes vivant dans une même région partagent aussi des environnements et des expériences similaires (p. ex. établissements de santé, infrastructures publiques, accès à des aliments sains).
- **Taille de la communauté** : en lien avec le point précédent, la taille de la zone locale peut aussi influencer le sentiment d'appartenir à une même communauté, car les personnes peuvent se connaître avant l'intervention. Dans ce cas, l'instauration de la confiance mutuelle est beaucoup plus rapide. Dans le même temps, le partage d'expérience avec les pairs peut être moins libre du fait de l'absence d'anonymat. Le sentiment d'appartenir à une communauté ne repose pas nécessairement sur la proximité géographique. Il peut également se fonder sur d'autres points communs, comme des centres d'intérêt partagés.
- **Cultures, valeurs et visions du monde** : la plupart des éléments cités sont intimement liés à la culture, aux valeurs et à la vision du monde de chacun. Ces concepts étant très vastes, il existe certainement d'autres aspects pertinents qui n'ont pas été recensés. Cela peut inclure, notamment, des habitudes et des normes spécifiques, entourant par exemple les relations personnelles et sociales, le caractère acceptable des comportements, la langue commune ou les institutions pertinentes. Dans le contexte des MNT, cela peut comprendre le point de vue des personnes sur leur maladie et leurs valeurs fondamentales, comme l'importance que la qualité de vie revêt pour elles. Ces éléments sont généralement difficiles à mesurer ou à évaluer. Il peut être plus facile de les utiliser dans des formats individuels en face à face.
- **Sévérité des besoins ou de la vulnérabilité** : la vulnérabilité des personnes est souvent évaluée par la sévérité clinique (p. ex. taux d'HbA_{1c}). Bien que cette approche ait donné des résultats positifs,^{26,52} la vulnérabilité devrait être appréhendée de façon plus large, en incluant tous les facteurs ayant une influence sur la désignation des personnes auxquelles la participation au projet sera le plus bénéfique. Certains peuvent être difficiles à quantifier et nécessiter une connaissance approfondie du contexte (p. ex. solitude, événements stressants récents comme le décès d'un proche, des comorbidités, des complications ou une perte de revenus imputable à l'aggravation d'un handicap).

- Engagement des personnes :** cibler les personnes qui manifestent le plus d'intérêt et d'engagement relève plus du potentiel d'élan positif pour l'intervention que des points communs entre les pairs. Cela peut faciliter la mise en œuvre et la pérennité de l'intervention, ainsi que l'utilisation efficace des ressources. Les équipes de mise en œuvre devraient cependant utiliser ce critère avec précaution, car les personnes qui ont le

plus à gagner d'une intervention de soutien par les pairs peuvent être les plus isolées. Elles peuvent ne pas se dire intéressées par le soutien par les pairs ou avoir eu des expériences négatives en la matière, qui les ont rendues méfiantes vis-à-vis des prestataires. Il est important que les équipes de mise en œuvre étudient les moyens d'atteindre ces personnes, en s'appuyant sur la liste des groupes marginalisés identifiés à l'[étape 1](#).



ENCADRÉ H

Exercice d'identification de caractéristiques pertinentes chez des pairs

Participants à l'atelier : Équipe de mise en œuvre (accent sur les personnes ayant une expérience réelle et une connaissance du contexte)

Durée : 3 à 5 heures

Lieu : En ligne/hors ligne

Cet exercice vise à identifier les caractéristiques des pairs les plus importantes, notamment : i) celles pertinentes en tant que critères de sélection des participants ; et ii) celles qui devront être prises en compte pendant la mise en œuvre. Les projets multisite devraient inviter des personnes de chaque région, car le rôle de ces caractéristiques peut varier considérablement selon le niveau régional, infrarégional et local. Une variante synthétique de cet exercice peut être employée.

1. Entrez dans l'espace, accueillez les participants et définissez l'objectif de l'exercice (10 minutes).

2. Utilisez un espace dégagé et des feuilles de papier pour noter tous les facteurs potentiels (20 minutes)

Utilisez la liste ci-dessus pour identifier les caractéristiques susceptibles d'avoir une influence sur le sentiment de similitude des personnes ou sur leur expérience et les bénéfices qu'elles attendent de leur participation. Il n'y a pas de mauvaise réponse.

3. Collationnez les facteurs énumérés (45-60 minutes)

Passez en revue ensemble les éléments notés pour confirmer la compréhension générale. Ensuite, désignez un modérateur pour guider une discussion visant à réduire la liste à cinq éléments prioritaires ou moins. Discutez de chaque élément et écartez ceux qui n'ont pas été sélectionnés. Pensez à accorder plus de poids aux opinions des personnes qui ont une expérience réelle (p. ex. droit de veto) et aux différences éventuelles entre les sites de mise en œuvre. La sélection de ces facteurs doit être guidée par les principes d'accessibilité et d'équité.

4. Recherchez les critères mutuellement exclusifs (30 minutes)

Parcourez la liste et soulignez toutes les caractéristiques qui risquent d'interférer avec les mécanismes du travail avec les pairs si elles sont représentées ensemble dans des groupes mixtes (c.-à-d. les caractéristiques mutuellement exclusives). Cette étape est particulièrement importante pour les formats en groupe, car les approches individuelles permettent plus de souplesse dans l'appariement des pairs leaders et des participants. Pour les groupes de soutien par les pairs, les ressources du projet ([étape 3](#)) limitent le nombre maximum de ces critères pouvant être pris en compte. Par exemple, un projet ayant la capacité d'utiliser deux groupes parallèles peut séparer les participants selon une caractéristique

(p. ex. populations hôtes ou déplacées, hommes ou femmes). Chaque facteur mutuellement exclusif supplémentaire augmente considérablement ce nombre. Dans un contexte particulier, les équipes de mise en œuvre peuvent devoir réduire le groupe cible ou passer à un format de soutien par les pairs individuel.

5. Passez en revue les critères restants (30 minutes)

Parcourez les facteurs restant sur la liste. La plupart, même s'ils sont importants pour le sentiment de similitude des personnes, ne sont pas strictement mutuellement exclusifs. Ce ne sont pas des critères de sélection à proprement parler car il n'est pas obligatoire de les remplir pour pouvoir participer. Néanmoins, il faut les mettre en avant car l'équipe de mise en œuvre doit les aborder dans le manuel ([étape 6](#)) et pendant la mise en œuvre, par exemple pour :

- concevoir un manuel inclusif pour les groupes mixtes (p. ex. activités non genrées) ;
- diviser les groupes en sous-groupes plus homogènes pour certaines thématiques ;
- inclure des exercices ciblant les points communs entre les pairs plutôt que leurs différences.

Parmi les critères restants, certains peuvent être des critères de sélection importants pour les pairs, en particulier ceux visant à identifier les personnes pour lesquelles le bénéfice attendu est le plus grand. Tous les critères de sélection doivent être évalués à la lumière des principes d'équité, c.-à-d. en s'interrogeant sur les profils qui sont exclus.

6. Finalisez la sélection et clôturez la séance (10 minutes)

Récapitulez les critères retenus (par site) et leur justification. Répartissez-les entre critères de sélection (avec la définition du groupe cible) et critères importants pour la mise en œuvre du soutien par les pairs.

À titre de contrôle qualité, demandez à tous les membres de l'équipe :

- Avec quel niveau de confiance estimons-nous avoir sélectionné les facteurs les plus importants ? (barème de 0 à 10)
- Si cette note est inférieure à 7, quels facteurs ont été oubliés ou écartés prématurément ?
- Manque-t-il des groupes de population spécifiques ? Si oui, comment pourrait-on les impliquer ?

Rappelez aux participants que ce sont des orientations générales et que les modérateurs peuvent envisager d'ajouter des facteurs (p. ex. niveau de vulnérabilité et de marginalisation). Actualisez le plan et les visualisations du projet à partir de ces décisions.

Selon les critères de sélection retenus, le recrutement des pairs participants peut être planifié. Cette étape peut avoir lieu immédiatement, ou après la publication du manuel pour favoriser une communication plus ciblée. Plusieurs stratégies de recrutement peuvent être utiles, notamment :

- Salles d'attente des établissements de santé
- Recommandations provenant de partenaires du projet ou de programmes liés (p. ex. communauté ou association de patients)
- Diffusion fondée sur les listes de patients
- Recrutement d'agents de santé communautaires
- Effet boule de neige des recommandations

Quels que soient les canaux choisis, l'équipe de mise en œuvre doit planifier des messages de communication clairs et gérer les attentes des personnes. Cela s'applique tout particulièrement au cas probable d'un projet qui dispose d'un espace trop restreint pour le nombre de personnes intéressées. Les responsables de la mise en œuvre peuvent aussi envisager de donner aux personnes la possibilité de participer à d'autres formes de soutien par les pairs, ou de prendre part au prochain cycle de mise en œuvre, le cas échéant.



ÉTUDE DE CAS 1 Liban

Sélection des participants et constitution des groupes

Le projet a identifié trois critères d'inclusion des pairs participants : 1) vivre avec le diabète et/ou l'hypertension ; 2) indicateurs cliniques défavorables (p. ex. HbA_{1c}) ; et 3) vulnérabilité générale. Cela a permis de sélectionner les personnes pour lesquelles le bénéfice attendu était maximal.

Pour les affecter à un groupe spécifique de soutien par les pairs, d'autres facteurs ont dû être pris en considération dans le but de favoriser le sentiment d'appartenance à une communauté. Pour ce projet, les modérateurs ont désigné les facteurs suivants comme les plus importants :

- **Genre** : les modérateurs de certains sites ont suggéré que la mixité hommes-femmes dans les groupes pourrait créer des difficultés, comme le risque que les femmes se sentent mal à l'aise ou que les hommes se montrent trop réservés.
- **Nationalité** : des tensions, voire une véritable hostilité, ont été signalées sur certains sites de mise en œuvre entre la population hôte libanaise et les communautés réfugiées syriennes.
- **Cohésion de la communauté locale** : dans les petites communautés, les relations entre les personnes étaient déjà fortes avant le début du projet, ce qui a simplifié la sélection.
- **Niveau d'éducation** : les personnes qui n'avaient pas le même niveau d'éducation ont indiqué se sentir différentes, non seulement par la langue, mais aussi en raison de leurs expériences et problèmes quotidiens.

Comme il était possible d'avoir deux groupes parallèles sur tous les sites, la totalité des caractéristiques n'a pas pu être prise en compte lors de la constitution des groupes. Les facteurs prioritaires variaient selon les sites, mais la plupart des médiateurs ont réparti les groupes par genre ou par nationalité. Les autres facteurs, non prioritaires, n'étaient pas forcément des critères d'exclusion et ont contribué à la diversité des groupes. Par exemple, si des groupes distincts ont été formés pour les nationaux libanais et les ressortissants syriens, chacun pouvait néanmoins présenter une certaine diversité en termes de genre et de niveau d'éducation.

Les travailleurs sociaux ont relevé des différences entre les groupes plus homogènes et ceux qui étaient plus diversifiés. Dans ces derniers, les relations étaient globalement plus difficiles, et l'harmonie, la compatibilité et la motivation étaient moindres. Bien qu'aucun conflit entre pairs n'ait été observé dans les groupes, les travailleurs sociaux ont dû déployer davantage d'efforts pour les groupes plus diversifiés. Les commentaires des pairs valorisant le fait d'appartenir à « une même communauté » reflètent ce constat. Au-delà des caractéristiques personnelles, les similitudes couvraient les expériences, les préoccupations, les valeurs et les cultures.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 6

ÉLABORER UN MANUEL DE SOUTIEN PAR LES PAIRS

Un manuel offre un guide pratique quotidien pour les interventions de soutien par les pairs. Il transpose les choix généraux de la [phase I](#) en un guide de modération étape par étape. Cette section ne présente pas un manuel finalisé mais passe en revue certains points importants et suggère une structure possible. Il est recommandé aux équipes de mise en œuvre de consacrer suffisamment de temps à cette étape. En fonction des ressources disponibles et des expériences, la préparation d'une séance peut demander quatre à huit heures. Il faut ensuite prévoir du temps supplémentaire pour le test et la révision.

Étape 6A

CRÉER LA STRUCTURE DU MANUEL

Le manuel doit couvrir tout ce dont les médiateurs du soutien par les pairs ont besoin, que le format retenu soit collectif ou individuel. Toutefois, le contenu doit rester le plus simple possible. Parvenir à ce résultat dépend de plusieurs éléments : i) les compétences du modérateur ; ii) son habitude du soutien par les pairs et iii) la portée de sa formation ([étape 7](#)). Le manuel peut inclure :

- 1. Justification et portée du projet :** décrivez de façon pratique les principaux thèmes et mécanismes du soutien par les pairs (p. ex. concepts fondamentaux et valeurs directrices) et montrez en quoi il se distingue d'approches similaires mises en œuvre par l'organisation. Expliquez les raisons pour lesquelles le projet est mis en œuvre et les lacunes qu'il vise à combler. Présentez un aperçu visuel du projet (p. ex. sites de mise en œuvre, nombre de séances/groupes/participants, durée, aspects relatifs à la pérennité).
- 2. Description des rôles ([étape 7B](#)) :** présentez sommairement les principaux rôles qui interviennent dans la mise en œuvre, leur champ d'application et leurs points de recoupement. Détaillez les critères de sélection des participants (fixes et flexibles). Décrivez les processus de prise de décision et de supervision (p. ex. pour la sortie d'un membre, de nouvelles difficultés).
- 3. Esquisse d'une séance ([étape 6B](#)) :** présentez rapidement la structure générale, y compris les thématiques, les objectifs et une description simple de la séance. Un plan détaillé du contenu peut faciliter la présentation. Cette partie doit aussi servir à réfléchir à ce qui se passe entre les séances.
- 4. Guide de modération ([étape 6C](#)) :** rédigez un guide détaillé étape par étape de l'organisation d'une séance destiné aux modérateurs. Mettez l'accent non seulement sur le contenu ou les activités, mais aussi sur l'animation de la séance. Par exemple, rappelez aux modérateurs les compétences de communication ou les valeurs directrices importantes.
- 5. Autre contenu :** vérifiez si d'autres contenus ou références à des directives ou à des outils existants doivent être ajoutés, par exemple des parcours d'adressage interne (avec coordonnées à jour garantissant la rapidité de l'adressage), une formation existante sur les MNT ou synthèses des principales compétences de modération.



Conseil pratique

Les séances incluent souvent des thèmes préétablis (p. ex. gestion de la maladie, stress, soutien social) et des activités prescriptives (p. ex. discussion, cours de cuisine, jeux de rôles). Cependant, ce n'est pas impératif. Par exemple, dans des groupes ouverts ou des programmes de soutien individuel, il peut être préférable de ne pas définir les séances à l'avance pour permettre aux pairs de repérer et d'aborder leurs priorités principales. Pour les approches moins structurées, un manuel n'est pas indispensable, ou le format peut être adapté (p. ex. séances axées sur des exercices d'établissement de calendrier). Dans de nombreux contextes, les premières séances gagnent à être structurées car cela facilite l'établissement de relations et le renforcement des compétences. Elles peuvent ensuite devenir progressivement moins structurées et davantage dirigées par les pairs.



ÉTUDE DE CAS 1 Liban

Table des matières du manuel et exemple de séance

Le manuel de ce projet avait pour ambition d'aborder des thèmes pertinents pour les personnes vivant avec le diabète et l'hypertension. Les séances portaient sur divers sujets couvrant le spectre complet des expériences et des préoccupations des participants, notamment : i) éducation thérapeutique (p. ex. diagnostic, symptômes, complications) ; SMSPS et aspects psychologiques (p. ex. stratégies d'adaptation) ; iii) soins autonomes (p. ex. activité physique) ; et iv) éléments sociaux (p. ex. exercices en équipe).

[> Lire l'étude de cas \(en anglais\)](#)



Kenya

ENCADRÉ 1

Importance de la langue

La langue choisie a son importance. Elle façonne la réflexion et les émotions, de façon positive en favorisant l'inclusion, la participation active et l'autonomie, mais aussi négativement, en stigmatisant et en excluant certains groupes de personnes. Le choix d'une langue peut avoir des effets sur la réussite d'un projet et, plus important, sur la santé et le bien-être des PVMNT, par exemple en les empêchant de demander le soutien dont elles ont besoin. Cela s'applique tout particulièrement au soutien par les pairs qui repose essentiellement sur la confiance. Les équipes de mise en œuvre sont invitées à réfléchir activement au choix de la langue utilisée dans toutes les communications, aussi bien verbales qu'écrites, audio ou visuelles.⁵³ Il est important que ce choix se matérialise par des changements spécifiques des pratiques organisationnelles, sous peine de devenir symbolique, voire délétère.

L'un des principes clés consiste à choisir une langue qui donne la priorité aux personnes et respecte leur dignité.⁵⁴ On parlera des personnes en tant qu'êtres humains plutôt qu'en faisant référence à leur maladie ou à leur handicap. Il est conseillé aux équipes de mise

en œuvre d'adapter en amont les formules à éviter (figure 5) selon les préférences de la communauté.



Pour aller plus loin

[Age-friendly communication \(Centre for Ageing Better\)](#)

On peut aussi reconnaître la capacité d'action et l'humanité des participants en parlant d'une activité menée « avec » ou « par » des personnes vivant avec des MNT plutôt que « pour » ou « concernant » ces personnes.⁴⁹ Par exemple, « utiliser le soutien par les pairs avec (et non « pour ») les PVMNT ». De même, il est conseillé aux équipes de mise en œuvre de veiller à ne pas rendre les personnes responsables de leurs MNT ou stigmatiser leur comportement, par exemple en avançant des causes simplistes (trop de sucre, pas assez d'exercice) sans tenir compte des facteurs génétiques et structurels complexes qui sont en jeu.⁵⁴

Figure 5. Formules courantes à éviter (source⁵³ sous licence CC BY-NC-SA 3.0)

<p>Patient, patiente</p>	<p>Nombre de personnes ayant une expérience réelle de la maladie préfèrent qu'on ne parle pas d'elles comme de patientes ou patients. Le terme « patients » a tendance à déshumaniser les individus et à perpétuer les déséquilibres de pouvoir entre une personne ayant une expérience vécue d'une maladie et le personnel de santé en charge de cette maladie.</p>	<p>Alternatives Nom, titre, personne ayant une expérience réelle, personne ayant une expérience vécue.</p>
<p>Personne diabétique, cancéreuse, etc.</p>	<p>Le fait d'associer directement une personne à une maladie ou un problème de santé peut engendrer surmédicalisation et déshumanisation. Une personne ayant l'expérience réelle d'une maladie est bien plus qu'une personne qui a une maladie ou un problème de santé.</p>	<p>Alternatives Personne recevant un traitement pour, vivant avec, concernée par, pas de signe/présence de.</p>
<p>Formules de reproche</p>	<p>Rejeter sur une personne la responsabilité de son état de santé ou de son expérience peut être profondément traumatisant et stigmatisant. Les déterminants directs et indirects de la santé sont complexes et ne sauraient être réduits à la responsabilité exclusive de la personne ni à des facteurs de risque ou déterminants individuels.</p>	<p>Alternatives Adéquation, suggestion d'un rôle actif des personnes ayant une expérience réelle et nécessité d'une entente entre elles et les prestataires ou professionnels de santé.</p>
	<p>Termes connexes à éviter : choix de vie, défavorisé, engagement, fardeau, imputable, observance, maladies liées au mode de vie, respect, vulnérable.</p>	

Étape 6B

PRÉPARER UNE ESQUISSE DES SÉANCES

L'esquisse des séances décrit le déroulement global des interventions en énumérant les thèmes, l'ordre dans lequel ils sont abordés et l'objectif général (tableau 3). L'équipe de mise en œuvre devrait concevoir le déroulé des interventions en s'appuyant sur l'expérience des participants en matière de soutien par les pairs, dès la première communication et jusqu'à l'étape de pérennisation.

Une première ébauche des séances peut être établie à partir de ces objectifs généraux. Les questions de réflexion ci-après (guide des réponses à l'annexe F) peuvent faciliter cette étape.



Pour aller plus loin

- [Psychological first aid module 4, p. 14 \(Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial\)](#)
- [Peer Leader Manual, p. 16 \(FID\)](#)

Tableau 3. Exemples d'objectifs généraux de séances de soutien par les pairs

Objectif général	Description	Exemples de thématiques et de formats de séance	
Instaurer la confiance	Souvent au cœur des premières séances. L'objectif est de créer un espace sécurisé et de nouer des relations de confiance entre les participants et/ou avec le modérateur.	<ul style="list-style-type: none"> • Règles du groupe ou du binôme Par exemple, définir conjointement les règles des séances de soutien par les pairs à partir d'une liste d'exemples. Compléter avec un exercice sur la communication positive et les valeurs des pairs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaissance Par exemple, construire une tour ensemble avec un matériel limité, ou échanger sur des expériences personnelles. • Définir les attentes Par exemple, noter les attentes des participants, et ce qui est attendu d'eux. Faire le lien avec les discussions sur les dates et lieux des réunions, les éventuelles difficultés pour assister aux séances ou la taille maximale du groupe.
Fournir un soutien	Ces séances sont centrées sur les principaux résultats du projet, fondés sur la TdC correspondante. Bien que plusieurs résultats puissent être définis pour une séance, il peut être utile de fixer un but principal. Par exemple, un cours de cuisine peut apporter des compétences d'alimentation saine, favoriser le soutien social et faciliter le partage de connaissances.	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'éducation thérapeutique sur les MNT Par exemple, écoute d'interventions d'experts et discussion sur les éléments qui se retrouvent dans l'expérience vécue des participants. • Disponibilité et abordabilité des services Par exemple, cartographie des services existants et des coûts associés tout au long du continuum de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien psychologique Par exemple, identification de difficultés communes et recherche de solutions ou renforcement des compétences de résolution des problèmes. • Soutien social Par exemple, activités impliquant des interactions sociales, comme des jeux, des jeux de rôles et des exercices physiques.
Promouvoir la pérennité	Séances centrées sur la responsabilisation des pairs et l'anticipation de la phase de pérennisation, formalisée ou non. L'objectif peut être de favoriser le sentiment de responsabilité, de renforcer les compétences d'organisation autonome ou de planifier les aspects pratiques des étapes suivantes. Il s'agit d'un objectif indépendant, et non d'une finalité découlant automatiquement de la participation des personnes.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement par les pairs Par exemple, compétences enseignées par des pairs, telles que la cuisine, le yoga, etc. • Centres d'intérêt communs Par exemple, incitation des pairs à organiser des rencontres sociales informelles centrées sur des intérêts communs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modération conjointe Par exemple, des pairs définissent un calendrier pour un sujet et animent des petits groupes thématiques. • Réseau de prise en charge Par exemple, étudiez les possibilités de poursuivre l'expérience du soutien par les pairs dans d'autres formats, passage d'un format individuel à un réseau d'entraide.



Questions de réflexion

Un guide des réponses est fourni à l'[annexe E](#).

Question de réflexion 1

Quel devrait être le rôle des membres de la famille et des réseaux sociaux des pairs ?

Question de réflexion 2

Comment maintenir une certaine flexibilité pour les modérateurs ?

Question de réflexion 3

Comment gérer les périodes entre deux séances ?

Question de réflexion 4

Que se passe-t-il après les séances définies ?



ÉTUDE DE CAS 2

Inde

Groupes de soutien pour les aidants

À l'origine, les pairs et leurs aidants participaient au même groupe de soutien par les pairs. Les bénévoles ont constaté que les aidants avaient tendance à couper la parole aux pairs, ou à parler pour eux, et le groupe a donc été divisé en deux. Pour faciliter la présence des personnes, les séances des deux groupes avaient lieu simultanément dans des salles voisines. Cette organisation a simplifié le transport pour les pairs et leurs aidants, en veillant à ce qu'ils soient proches pour intervenir en cas d'urgence.

Au final, les groupes d'aidants avaient des taux de participation d'une vingtaine de personnes en moyenne, un peu plus élevés que les groupes de pairs.

> Lire l'étude de cas (en anglais)



ÉTUDE DE CAS 3

Vietnam

Intégration des aidants

Initialement, des clubs de personnes vivant avec le diabète ont été créés. La plupart des participants étaient âgés et nombre d'entre eux étaient assistés au quotidien par des aidants informels (p. ex. des membres de la famille) pour la cuisine ou les transports au centre médical. Pour mieux prendre leur rôle en considération, le programme a invité ces aidants – conjoints ou enfants adultes – à participer aux séances du club.

La plupart des aidants avaient trop d'autres obligations pour être en mesure de participer aux activités du club mais dans certains cas, en particulier pour les membres présentant un handicap visuel ou moteur, les aidants ont assisté aux réunions.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 6C

PRÉPARER LES SÉANCES

L'esquisse de séance décrit le déroulement global de l'intervention en énumérant les thèmes, l'ordre dans lequel ils sont abordés et l'objectif général ([tableau 3](#)). L'équipe de mise en œuvre devrait concevoir le déroulé des interventions en s'appuyant sur l'expérience des participants en matière de soutien par les pairs, dès la première communication et jusqu'à l'étape de pérennisation.

Lorsque la première ébauche est définie, l'étape suivante consiste à préparer chaque séance dans le détail, en fonction de son objectif spécifique. Il est conseillé à l'équipe de mise en œuvre de demander leur avis aux personnes qui ont une expérience réelle et à des spécialistes de divers sujets (p. ex. nutrition, gestion de la maladie, compétences génératrices de revenus). Si possible, il peut être utile de recruter un consultant pédagogique ayant l'expérience du soutien par les pairs. Chaque séance doit être établie à partir d'un modèle générique pour faciliter le processus. Vous pouvez par exemple consulter [l'étude de cas 1 \(Liban\)](#) ou le manuel [Peer Leader Manual \(FID\)](#).

Les études de cas ont mis en évidence un certain nombre de bonnes pratiques de conception des séances et des activités :

- **DÉFINISSEZ des objectifs clairs** pour chaque séance, faute de quoi les participants risquent de les trouver sans intérêt.
- **VEILLEZ à l'accessibilité, l'inclusivité et l'adéquation culturelle** de la conception et du contenu. Par exemple, évitez les activités reposant sur des documents écrits dans les contextes où les taux d'illettrisme sont élevés, ou utilisez des exemples pertinents localement (p. ex. aliments disponibles, personnes auxquelles les participants peuvent s'identifier). Prévoyez des aménagements pour les personnes ayant des besoins particuliers en termes d'accessibilité (p. ex. personnes âgées, personnes vivant avec un handicap). Vous pourrez trouver d'autres suggestions dans la revue en accès libre de Litchfield et ses collègues sur les modalités de conception de programmes destinés aux populations défavorisées.⁵⁵
- **VÉRIFIEZ l'adéquation de la langue** avec les préférences, les centres d'intérêt et les valeurs des participants. Cela peut comprendre la façon d'évoquer les personnes, l'intervention et les activités. Par exemple, certaines personnes pourront préférer une séance intitulée « activité physique » plutôt que « yoga » ou « séance de mobilité ». Envisagez des activités séparées, voire facultatives, si elles ne concernent qu'un sous-groupe de participants (p. ex. les personnes récemment diagnostiquées, celles ayant des besoins particuliers en termes d'accessibilité).

- **PRIVILÉGIEZ des activités motivantes et diversifiées** exploitant les mécanismes d'intervention des pairs. L'utilisation de formats pédagogiques univoques ou hiérarchiques doit être limitée, ou combinée à des formats plus motivants. Les questions suivantes peuvent vous y aider :
 - Les participants ont-ils un rôle actif dans l'activité ? Envisagez d'appliquer la règle des 80/20 : 80 % actif (p. ex. jeu de rôles) et seulement 20 % de rôle passif (p. ex. conférences). Ce principe s'applique également au plan général des séances et aux séances individuelles.
 - Les activités incitent-elles à se concentrer sur les expériences individuelles plutôt que sur des circonstances génériques ?
 - La séance inclut-elle les mécanismes fondamentaux et respecte-t-elle les valeurs directrices ?
 - Existe-t-il un autre format utilisé moins souvent ?
- **PRÉPAREZ tous les supports nécessaires** pour les activités et les inclure dans le manuel pour réduire la charge de travail et le temps de préparation des modérateurs. Il s'agit notamment de présenter le contenu de manière visuelle et simple (p. ex. utilisation de listes à puces et de résumés courts).
- **CONCEVEZ des séances individuelles interconnectées.** Chaque séance doit avoir un début, une partie centrale et une fin. N'oubliez pas que les participants ont une vie entre les séances et peuvent avoir des expériences stressantes ou difficiles. Faites en sorte que chaque séance permette aux personnes d'arriver et de s'installer, et d'avoir, en repartant, un sentiment d'accomplissement. Il peut être

utile de démarrer chaque séance en rappelant les thèmes et les objectifs de la précédente rencontre.

- **ÉVITEZ de demander aux participants d'apporter des objets.** Ils risquent d'oublier, de ne pas vouloir le faire ou d'en être incapables. Si des activités nécessitent certains objets, prévoyez un plan B pour travailler sans.
- **REMETTEZ des supports à conserver.** Cela aide à retenir les compétences abordées et peut permettre aux participants de les mettre en application à domicile (p. ex. recette imprimée ou feuille d'exercices personnels).



Conseil pratique

Vous pouvez faire preuve de créativité pour les activités des séances. Le format n'est pas limité par l'objectif général ou la thématique. Par exemple, une séance portant sur un sujet de type informatif (p. ex. le diabète et ses complications) ne doit pas nécessairement inclure une conférence ou une activité de questions-réponses. Ces séances, comme toutes les autres, peuvent recourir à des activités d'apprentissage ludique, des jeux de rôles, de la peinture ou des activités sociales. Pour trouver de l'inspiration, reportez-vous au manuel [Peer Leader Manual \(FID\)](#).



Liban



ÉTUDE DE CAS 1
Liban

Perceptions et préférences des participants

Quelle que soit la qualité du processus de sélection des pairs, une certaine diversité est probable parmi les participants. Les modérateurs du groupe ont observé des différences dans l'accueil d'activités particulières selon le genre des personnes et la durée écoulée depuis le diagnostic. Ainsi, les hommes avaient tendance à préférer les thèmes informatifs (p. ex. sur le diabète) et à moins s'investir dans les exercices de dessin ou de respiration. Les femmes ont indiqué apprécier le sujet SMSPS, les exercices fondés sur des activités et les compétences de résolution de problèmes. De même, les exercices de cartographie des services étaient plus pertinents lorsque le diagnostic était récent. En organisant une application pilote du manuel et en mobilisant les PVMNT pour sa conception, les équipes de projet pourront anticiper certaines de leurs préférences et créer des séances plus inclusives. Il est aussi possible, comme dans ce projet spécifique, que les équipes identifient des améliorations possibles et les mettent en œuvre entre deux cycles d'intervention.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 6D

MENER UNE APPLICATION PILOTE DU MANUEL

L'application pilote du manuel est d'une très grande utilité, même si des personnes ayant une expérience réelle ont participé à sa conception. L'application pilote offre un moyen relativement simple et rapide d'identifier les améliorations possibles, et peut aider les modérateurs à se familiariser avec le contenu et à gagner en assurance.

À cette étape, c'est l'aspect pratique et la faisabilité qui doivent avoir la priorité, plutôt que la précision. L'option la plus exhaustive consiste en un test complet du manuel par les modérateurs, avec des membres sélectionnés de la communauté cible. Cependant, il existe des options moins intensives :

- Limiter l'application pilote aux séances ou aux activités pour lesquelles il y a le plus d'incertitudes
- Mener une application pilote approfondie de certaines séances et plus succincte pour d'autres (p. ex. revue d'experts).
- Organiser une discussion collective sur le manuel avec des membres du groupe cible
- S'appuyer sur les processus d'examen internes (p. ex. au-delà de l'équipe de mise en œuvre)



Conseil pratique

Ouverture au changement

Une application pilote aide les équipes de mise en œuvre à identifier les séances et les activités les plus (ou les moins) appropriées. Il arrive que le concept de soutien par les pairs soit remis en question (p. ex. « impossible de former des groupes en ligne »). L'équipe de mise en œuvre doit être à l'écoute de ces commentaires et envisager de réviser l'approche, si nécessaire. Les [études de cas 2 \(Inde\)](#) et [3 \(Vietnam\)](#) offrent des exemples intéressants de projets adaptatifs.

Étape 7

SÉLECTIONNER ET FORMER LES MODÉRATEURS PAIRS

La plupart des approches de soutien par les pairs, à l'exception des modèles informels ou des réseaux organisés par des pairs, sont dirigées par un modérateur. Quel que soit le type de modérateur, la recherche et l'expérience de mise en œuvre ont montré que leur sélection et leur formation ont un effet majeur sur l'amélioration de la qualité de l'intervention.⁵⁶⁻⁵⁸ Un processus bien conçu peut aider à garantir que la mise en œuvre de l'intervention est conforme aux prévisions, à renforcer la capacité du modérateur à assumer sa fonction et à surmonter certaines des difficultés recensées à l'[annexe E](#). La bonne réputation de l'organisation en charge peut aussi renforcer la légitimité du modérateur aux yeux des participants.



Kenya

Étape 7A

CRITÈRES DE SÉLECTION

Les critères de sélection des modérateurs permettent d'identifier les personnes les plus aptes à instaurer un espace au sein duquel les mécanismes du soutien par les pairs peuvent se déployer. Les critères utilisés pour sélectionner des personnes parmi l'ensemble des modérateurs possibles sont définis à l'étape 3. Par exemple, un projet peut avoir un réseau de 20 pairs leaders potentiels parmi lesquels l'équipe souhaite sélectionner cinq modérateurs, un par groupe. Pour certains projets, il n'est pas nécessaire de définir de critères de sélection, par exemple si des travailleurs sociaux ont été désignés comme modérateurs et qu'un seul est présent sur chaque site de mise en œuvre.

Les équipes de mise en œuvre peuvent étudier la pertinence des critères de sélection génériques suivants :

- **Points communs avec les participants :** choisir des modérateurs qui ressemblent aux participants peut faciliter l'instauration d'une relation de confiance. Pour cela, vous pouvez vous appuyer sur les indications de l'encadré H (étape 5). Ce critère de sélection doit être utilisé de façon très pragmatique car les équivalences parfaites sont rares.
- **Compétences de modération et personnelles :** ces compétences aident les modérateurs à entrer en contact avec les pairs, à résoudre les problèmes et à maintenir une atmosphère positive. Elles peuvent s'acquérir par la formation, cependant il est préférable de sélectionner des personnes qui sont déjà communicatives, ouvertes et encourageantes par nature. Il y a de nombreux exemples de cas où des compétences personnelles dans ces domaines ont été déterminantes pour la réussite d'un projet (ou d'un groupe particulier, ou de relations entre pairs).
- **Expériences réelles :** la liste des modérateurs possibles, avec leurs points forts et leurs faiblesses, a été étudiée et définie à l'étape 3. Pour les pairs leaders, elle peut inclure, sans obligation, leurs propres progrès en matière de soins autonomes ou de contrôle mesurable de la maladie. Même si le choix initial se porte sur du personnel existant, les critères de sélection peuvent permettre d'identifier des personnes ayant une expérience réelle (p. ex. à titre individuel ou en tant qu'aidant).
- **Niveau de connaissances :** les modérateurs des interventions de soutien par les pairs n'ont pas besoin d'être spécialistes d'une maladie en particulier. Il est cependant utile qu'ils possèdent des connaissances élémentaires sur la maladie, son diagnostic et ses traitements. Si ces aspects sont couverts par la formation, l'équipe de mise en œuvre peut quantifier ces critères au moyen d'évaluations après la formation.

- **Motivation et attitude :** la motivation des personnes sélectionnées pour animer des séances de soutien par les pairs transparaîtra dans leur travail. En général, les participants se rendent très bien compte qu'une personne accomplit une tâche par obligation ou n'est pas satisfaite de le faire. Le soutien par les pairs est un concept relativement nouveau, qui peut aussi aider à choisir des personnes prêtes à essayer de nouvelles idées et des approches inédites.
- **Désignation d'un participant :** dans certains projets, les pairs peuvent sélectionner un modérateur au sein de leur groupe, par exemple par vote. Ce processus peut nécessiter une planification adaptative de la portée et des échéances de la formation.
- **Expérience antérieure du soutien par les pairs :** les personnes ayant déjà participé à ce projet de soutien par les pairs peuvent être des modérateurs exceptionnels, parce qu'elles savent mieux que quiconque ce que représente la vie avec les MNT et ont l'expérience de la participation aux séances.
- **Acceptabilité locale :** l'équipe de mise en œuvre peut sélectionner des modérateurs connus pour avoir déjà une relation horizontale avec la communauté cible ou pour bénéficier d'une forte acceptabilité.

Cette liste montre que la finalité des critères de sélection est double et interconnectée. Ils garantissent que les modérateurs pressentis possèdent les compétences et les caractéristiques que requiert le rôle, et qu'ils seront perçus par les participants comme légitimes et acceptables. La légitimité peut découler de n'importe lequel des critères énumérés. Une fois les critères de sélection définis, l'équipe de mise en œuvre peut prendre contact avec les modérateurs pressentis en fonction du rôle prévu (étape 7B).



Conseil pratique

Dans les formats en groupe, on sélectionne généralement un modérateur par groupe de soutien par les pairs. Cette étape peut aussi servir à identifier un comodérateur pour chaque groupe. Cela peut apporter davantage de flexibilité, par exemple pour accompagner un participant particulièrement en détresse. Le modèle de modération conjointe permet de confier ce rôle à des personnes ayant des caractéristiques différentes. Ce format peut offrir un complément de formation pour les comodérateurs avant d'animer leur propre groupe de soutien lors d'un deuxième cycle ou d'une prolongation de la mise en œuvre. À l'inverse, les approches individuelles peuvent inclure un pair leader travaillant avec plusieurs pairs ou assurant la supervision de l'entraide entre deux participants.



Pour aller plus loin

[Peer Leader Manual \(FID\)](#)



Pour aller plus loin

[Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation. Commission de la santé mentale du Canada \(pp. 22-24\)](#)



ÉTUDE DE CAS 3
Vietnam

Sélection des modérateurs de club

Contrairement à celui d'agent de santé de village, le rôle de « modérateur de club » n'est pas bien ancré au Vietnam et n'existait pas dans les centres de santé avant le projet. La sélection s'est faite sur recommandation des agents de santé de village et des habitants atteints de diabète, validée collectivement avec l'équipe de recherche. Pour garantir leur légitimité aux yeux des pairs et leur adéquation globale à cette fonction, l'équipe a défini deux critères de sélection : i) personnes vivant avec le diabète depuis longtemps ; et ii) personnes décrites comme sociables et loquaces. Les modérateurs de club ont été supervisés pendant les deux premiers mois, période au cours de laquelle l'équipe avait la possibilité de recommander un changement de modérateur. Cette option n'a pas été appliquée dans la pratique.

> Lire l'étude de cas (en anglais)

Étape 7B

CLARTÉ ET DESCRIPTION DES RÔLES

L'un des principaux facteurs déterminant l'expérience des modérateurs est la clarté des attentes et des descriptions des rôles. Un manque de clarté sur ces points peut générer confusion et frustration pour les modérateurs, ils peuvent être perçus comme une main d'œuvre bon marché et le projet de soutien par les pairs risque de reproduire les modèles traditionnels de prise en charge biomédicale et de hiérarchies de pouvoir.^{37,46} Plusieurs étapes parallèles peuvent favoriser cette clarté :

• Décrire les rôles ou les conditions dans le détail :

- Quelles sont les responsabilités attendues ?
- Quel est l'engagement prévu dans le temps ?
- Quel est le statut juridique du rôle (p. ex. salarié, bénévole, consultant) ?
- Quel est le salaire ou l'indemnité prévue (le cas échéant) ?
- Quelles possibilités de soutien ou de développement sont offertes aux modérateurs et aux pairs (au sein de l'organisation et en dehors) ?

• Organiser un premier entretien avec les modérateurs possibles :

Décrivez le projet et sa finalité. Accueillez les questions et veillez à y répondre clairement. Assurez-vous que l'entretien couvre aussi les aspects pratiques évoqués dans la description du rôle et laissez le modérateur potentiel examiner les conditions et proposer des modifications.

• Communiquer avec le personnel adjacent (p. ex. les professionnels de santé) :

Les personnes qui travaillent à la marge de l'intervention ou qui sont indirectement concernées peuvent avoir des préoccupations et des réserves concernant le projet, et entraver les efforts du modérateur. Permettre à ces personnes d'exprimer leurs inquiétudes suffit souvent à éviter des réactions négatives.

Cela peut se faire sous la forme d'une discussion face à face ou d'une réunion générale pour aborder les questions suivantes :

- Pourquoi ce projet de soutien par les pairs est-il mis en œuvre ?
- Quel est le rôle des modérateurs ? Qu'est-ce qui ne relève pas des modérateurs (p. ex. soutien administratif) ?
- Quelle charge de travail supplémentaire le projet imposera-t-il au personnel en place ?
- Quels sont les domaines de recoupement avec les responsabilités du personnel actuel ?

Ces discussions peuvent aider à établir une organisation et des attentes réalistes et acceptables, et à entendre les motivations ou les attentes en lien avec la prise de fonction (p. ex. désir d'aider, motifs financiers, espoir d'améliorer l'employabilité).⁴⁶ La charge de travail des modérateurs et du personnel en place est souvent une préoccupation majeure. Les équipes de mise en œuvre devront s'efforcer de ne pas accroître cette charge, par exemple en réattribuant certaines responsabilités standard, en instaurant des primes ou en recrutant du personnel supplémentaire.

Étape 7C

FORMATION DES MODÉRATEURS

Dans la plupart des cas, une formation supplémentaire est nécessaire pour devenir modérateur. Pour définir la portée de cette formation, l'équipe de mise en œuvre évaluera les besoins, les perceptions et les attentes du groupe cible en matière de formation, ainsi que les compétences requises pour le rôle. Ces facteurs influencent le poids relatif des différentes composantes de la formation. Dans le scénario le plus favorable, les modérateurs interviennent dès le début de la conception du projet, ce qui réduit la présentation nécessaire.

Conseil pratique

L'annexe G propose un plan de formation possible. De plus, le [Peer Leader Manual](#) de la FID est l'un des manuels de formation des pairs leaders les plus détaillés et les mieux conçus qui soient. Il est recommandé aux équipes de mise en œuvre de s'en servir de guide pour la structure, les thèmes abordés et les activités. Il fournit des arguments fort intéressants sur l'importance des compétences de modération et les méthodes d'entraînement pratique de ces compétences.

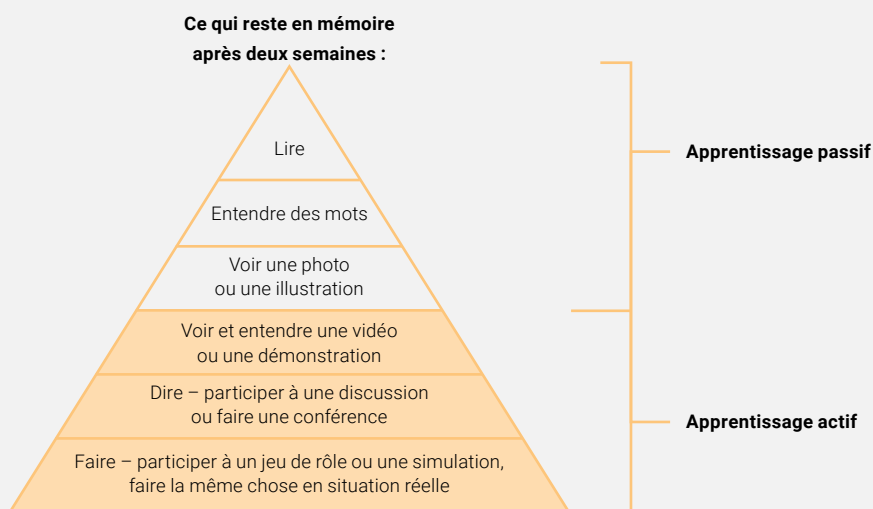
La planification de la formation repose essentiellement sur les mêmes principes que l'élaboration du manuel. En résumé :

- **Réfléchir aux aspects pratiques** : impliquez les participants dans la planification de la formation, par exemple le choix du lieu et des dates (jours de la semaine et horaires). L'équipe de mise en œuvre veillera à fournir des aliments ou des rafraîchissements adaptés à la culture des participants, en particulier si les séances de formation durent toute la journée.
- **Respecter les normes culturelles** : l'équipe de mise en œuvre doit être sensibilisée aux normes culturelles, en particulier en ce qui concerne la communication et les relations. Par exemple, les modèles de communication fournis peuvent être inappropriés, ou il peut être nécessaire d'organiser les séances de formation en groupes séparés selon le genre.

- **Appliquer les principes pédagogiques** : à l'instar des séances de soutien par les pairs, la formation doit appliquer les bonnes pratiques reconnues de la formation pour adultes. L'un des principes clés est la valeur de l'apprentissage par l'expérience. Des études montrent que l'on apprend mieux en faisant qu'en lisant, en écoutant ou en entendant (figure 6). Dans la pratique, la règle des 80/20 (80 % d'apprentissage actif dans une séance de formation) peut s'avérer utile. L'équipe de mise en œuvre peut aussi faire appel à un expert pédagogique pour préparer la formation.
- **Programmer la formation (ou la mise à niveau)** : la formation doit concorder avec la date de début prévue de l'intervention de soutien par les pairs, de sorte que les modérateurs puissent mettre immédiatement en application les acquis de l'apprentissage. Même ainsi, un rafraîchissement des connaissances est souvent nécessaire. Cette formation de mise à niveau peut être demandée par les modérateurs ou s'avérer nécessaire dans le cadre de la supervision.
- **Adopter plusieurs objectifs de formation** : le résumé ci-dessus classe les connaissances et compétences dans différents thèmes d'apprentissage, or, nombre d'entre elles peuvent être enseignées ensemble. Par exemple, les participants peuvent renforcer leurs compétences de modération avec les activités proposées dans ce manuel.
- **Anticiper les révisions** : la formation donnera probablement plus de visibilité sur les parties du manuel qui fonctionnent bien et celles qui doivent être améliorées. Réviser le manuel chaque fois que possible en vous appuyant sur les commentaires des modérateurs.

Dans certains contextes, un format de formation des formateurs peut s'avérer utile pour atteindre des zones éloignées ou favoriser la pérennité du projet.

Figure 6. Taux de rétention par modalité d'apprentissage (adaptation⁶⁷)



Étape 8

ASPECTS PRATIQUES DU SOUTIEN PAR LES PAIRS

De nombreuses décisions prises à la [phase I](#) nécessitent une planification supplémentaire et une adaptation locale au cours de la mise en œuvre. Ces adaptations peuvent être planifiées avec le modérateur local ou être laissées à son appréciation et à sa connaissance du contexte. Un certain nombre de facteurs nécessitent généralement un complément de planification :



Lieu de réunion

Le lieu de réunion doit être adapté à l'organisation de séances de soutien par les pairs. Il doit être facile d'accès, acceptable pour les pairs (et leur famille) et adapté à sa finalité. L'espace doit être sélectionné et préparé de manière à faciliter les exercices prévus dans le manuel. Les facteurs en jeu sont divers :

- Quelles sont les options de transport disponibles pour amener les participants au lieu de réunion ?
- Le site est-il accessible aux pairs qui vivent avec un handicap ?
- Y a-t-il des options de chauffage et de refroidissement pour maintenir une température confortable dans la salle ?
- Comment l'espace doit-il être agencé pour favoriser les relations de confiance et la réciprocité ?
- Quelles sont les options de rafraîchissements appropriées ?
- L'espace de réunion répond-il aux attentes des participants et de leur famille (p. ex. confidentialité, sécurité, réputation) ?



Gestion du temps et capacité

Il est facile de considérer la disponibilité des pairs comme acquise. Veillez à respecter leur temps lors de la planification des séances, et à tenir compte de leurs préférences (p. ex. périodes de vacances, alignement avec les jours de consultation). De la même façon, les modérateurs et les équipes soignantes associées ont souvent déjà un emploi du temps chargé et auront des préoccupations légitimes concernant l'augmentation de leurs responsabilités.

Veillez à ce que le projet ne consiste pas à simplement demander à ces personnes d'en faire encore plus pendant leur journée de travail. L'équipe de mise en œuvre devrait laisser au personnel la possibilité d'exprimer ses inquiétudes, et proposer des réponses, par exemple en réduisant les responsabilités actuelles ou en intégrant le projet aux processus en place. Le manuel de soutien par les pairs devrait aussi donner la priorité à la facilité d'utilisation pour les modérateurs ([étape 6](#)). La description du rôle et les structures de supervision peuvent aussi aider à adapter le rôle aux attentes des personnes, à évaluer leurs motivations et à répondre à d'éventuels mécontentements. L'équipe de mise en œuvre peut décider de créer de nouveaux modes opératoires normalisés spécifiques à une maladie, ou d'actualiser ceux déjà en place.



Conseil pratique

Il peut être utile d'impliquer les participants dans le choix du lieu et du calendrier des réunions. Par exemple, organisez une discussion pendant la première séance pour déterminer où et à quel moment les participants préfèrent se retrouver.



Supervision et soutien

Les données publiées montrent le rôle majeur de la supervision de soutien.³⁴ Son objectif est d'améliorer la qualité générale du soutien par les pairs et de veiller à ce que la mise en œuvre s'effectue comme prévu. Une supervision devrait au minimum être mise en place pour les modérateurs du soutien par les pairs, qu'il s'agisse de personnel interne (comme des travailleurs sociaux) ou recruté pour l'occasion (comme des pairs leaders). Ce soutien continu peut :

- donner de l'assurance aux modérateurs et clarifier leur rôle ;
- offrir un soutien émotionnel aux modérateurs après des expériences difficiles avec les pairs ;
- souligner le rôle clé des modérateurs au sein des équipes ;
- faciliter l'apprentissage transversal.

La fréquence et le format de la supervision peuvent être définis conjointement avec les modérateurs, entre rencontres informelles fonction des besoins et séances de groupe régulières et structurées. Une démarche de communauté de pratique, dans laquelle les modérateurs s'apportent un soutien mutuel, peut également être adoptée.



Pour aller plus loin

[Integrated Model for Supervision \(Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial\)](#)



Ajustements personnels

À ce stade, il est probable que d'autres ajustements du site ou individuels deviennent nécessaires.⁵⁵ Les modérateurs ou le personnel peuvent prendre la responsabilité des décisions pratiques pertinentes localement. Il est particulièrement important d'identifier les ajustements qui influent sur la capacité des personnes à participer aux séances ou à s'y investir. Les modérateurs peuvent interagir avec des participants individuels ou aborder la question de ces ajustements pendant les premières séances. Il est conseillé de faire droit autant que possible aux demandes raisonnables.

Ces aspects pratiques peuvent tenir compte de l'expérience pilote du manuel et des préférences des groupes cibles qui y figurent. Nombre de ces facteurs évolueront au fil du temps, en particulier dans les contextes humanitaires.

Étape 9

FLEXIBILITÉ ET RÉOLUTION DES PROBLÈMES

En raison de la nature éphémère des contextes humanitaires, la question est moins de savoir s'il faut adapter une intervention de soutien par les pairs mise en œuvre que comment et à quel moment l'adaptation devient nécessaire. Le soutien par les pairs est un modèle extrêmement flexible et facile à adapter à de très nombreux scénarios possibles ([annexe H](#)).

Au-delà des scénarios spécifiques, les équipes peuvent renforcer leur capacité à identifier et relever les nouveaux défis. Cela nécessite de tirer activement parti de l'expérience étendue du personnel du programme, de mettre en place des boucles de feedback étroites sur le suivi et l'évaluation ([phase III](#)), d'inciter à une communication positive, de permettre une supervision intégrée, de définir des modes opératoires normalisés (p. ex. pour initier et communiquer les changements) et d'entretenir des relations professionnelles constructives avec les principales parties prenantes.



Conseil pratique

Résolution des problèmes entre pairs

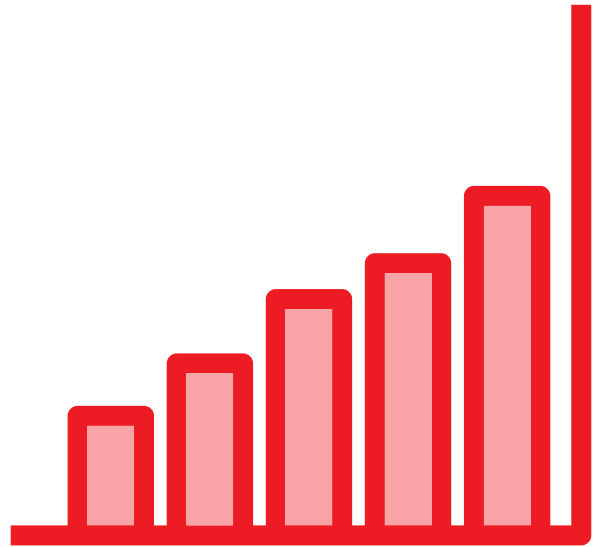
Contrairement à de nombreuses interventions sanitaires, le soutien par les pairs laisse aux PVMNT suffisamment de latitude pour s'organiser et relever les nouveaux défis. Les équipes de mise en œuvre ne devraient pas sous-estimer le potentiel du soutien par les pairs pour stimuler la capacité d'action des personnes et leur aptitude à réagir aux difficultés de manière créative. Dans l'idéal, toutes les adaptations ou solutions énumérées devraient être lancées et dirigées par les pairs. Le rôle de l'organisation de mise en œuvre doit essentiellement consister à accompagner ce processus au moyen de ressources appropriées. Il est souhaitable d'intégrer cette flexibilité dans la planification du calendrier, des finances, du suivi et de l'évaluation du projet.



Liban

Phase III

Évaluer et retenir



Résumé

La communauté humanitaire fait en permanence évoluer sa connaissance des modèles de prise en charge des MNT, y compris le soutien par les pairs. Les expériences de mise en œuvre et les résultats de la recherche, encore limités, augmentent néanmoins. S'efforcer de s'appuyer sur des preuves, dans la mesure du possible, implique d'appliquer toutes les bonnes pratiques existantes lors de la conception des interventions, mais également pour la collecte et l'exploitation des données de projet aux fins de suivi et d'évaluation. Le suivi et l'évaluation peuvent aider les équipes de mise en œuvre en apportant des informations contextuelles spécifiques sur la performance du projet. Le présent chapitre recense les points généraux à prendre en considération pour le suivi et l'évaluation, depuis le choix des domaines à cibler jusqu'à l'identification des processus pertinents et à la conception d'indicateurs précis. Il ne fournit pas un plan de suivi et d'évaluation détaillé mais indique des ressources utiles pour vous y aider.

Mots clés

- Suivi et évaluation et recherche
- Plan de suivi et d'évaluation
- Apprentissage continu
- Engagement et responsabilité de la communauté
- Indicateurs

L'activité de suivi et d'évaluation s'inscrit naturellement au cœur de la plupart des projets humanitaires centrés sur la santé. Elle aide à comprendre la mise en œuvre d'un projet et ses résultats, et identifie les éventuelles améliorations et adaptations nécessaires. Ses objectifs peuvent être multiples (voir plus loin), mais le principal consiste généralement à répondre à une série de questions globales ([encadré J](#)). Le suivi est généralement continu, souvent à partir de données collectées de manière systématique, tandis que l'évaluation est souvent un processus plus exhaustif qui peut nécessiter de recueillir des données complémentaires et intervient habituellement à des étapes clés des projets.

Pour certains projets, une composante de recherche formelle peut être ajoutée aux efforts de suivi et d'évaluation. La distinction entre évaluation et recherche n'est pas toujours très claire.⁶⁰ Dans ce manuel, l'évaluation s'entend comme un sous-ensemble de la recherche ([figure 7](#)), mais la limite entre les deux concepts est fluctuante. La recherche nécessite le plus souvent – mais pas systématiquement – des étapes supplémentaires (p. ex. approbation éthique), elle est souvent menée avec des collaborateurs externes (comme des universités) et peut utiliser des méthodes plus complexes et des analyses théoriques. Dans la pratique, l'évaluation et la recherche diffèrent aussi en ce qui concerne les calendriers, les publics cibles et les principaux extrants (voir ci-après). Dans un projet de soutien par les pairs, une composante de recherche peut, par exemple, permettre une documentation robuste ou tester de nouvelles interventions ou des modèles de prise en charge.

Liste de contrôle

- Sélectionner et intégrer une équipe technique de suivi et d'évaluation
- Définir clairement le ou les objectifs de l'effort de suivi et d'évaluation
- Élaborer un cadre de résultats reprenant toutes les composantes pertinentes de la chaîne des résultats
- Identifier les indicateurs appropriés et définir les outils de collecte des données
- Ébaucher un plan détaillé de suivi et d'évaluation couvrant l'ensemble des étapes, et un plan d'action précis indiquant clairement les responsabilités
- Identifier les opportunités de participation significative des PVMNT et de leur communauté
- Approuver le plan de suivi et d'évaluation et obtenir l'adhésion des parties prenantes concernées



Pour aller plus loin

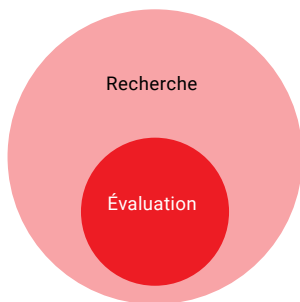
Vous trouverez des conseils pour mettre en place une composante de recherche dans la boîte à outils [Humanitarian Research Toolkit \(Comité international de secours\)](#)

ENCADRÉ J

Questions globales de suivi et d'évaluation (adaptation⁵⁹)

- Les engagements du projet ont-ils été tenus ?
- La mise en œuvre est-elle satisfaisante ?
- Qu'a changé le projet ? Pour qui ?
- Les bons choix ont-ils été faits ?

Figure 7. Continuum entre recherche et évaluation (adaptation⁶⁰)



Étape 10

DÉFINIR L'OBJECTIF DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION

La valeur du suivi et de l'évaluation est contrebalancée par la réalité des ressources humaines et financières, et de l'expertise technique nécessaires à la collecte des données. Les équipes de mise en œuvre doivent s'assurer que les efforts de suivi et d'évaluation ont un objectif et une valeur ajoutée clairs pour ne pas surcharger inutilement le personnel ou collecter des données qui ne seront pas exploitées. Le suivi et l'évaluation doivent être menés par des experts techniques, lorsque c'est possible, et faire intervenir les personnes les plus proches de la mise en œuvre (p. ex. modérateurs, équipe de mise en œuvre, PVMNT). Les objectifs du suivi et de l'évaluation sont multiples et il est important de définir pourquoi et pour qui les données sont collectées :

Améliorer l'intervention : l'objectif est de recueillir des informations qui aideront à améliorer l'intervention (p. ex. en mesurant la qualité, l'accès, la pérennité). En général, cela implique d'identifier les mesures qui ont eu de bons (ou de mauvais) résultats et de recommander des changements spécifiques et exploitables. Le suivi de routine peut aussi identifier des domaines à approfondir par une composante d'évaluation ou de recherche. Il existe plusieurs cadres d'amélioration de la qualité qui peuvent servir de guides pratiques, par exemple le modèle [Model for Improvement \(Institute of Healthcare Improvement\)](#) décomposé en Planifier, Faire, Étudier et Agir.

Public principal
Équipes de mise en œuvre, personnel, PVMNT et communautés.

Exemple d'extrants
Tableau de bord des indicateurs ou rapport d'avancement du suivi et de l'évaluation.

Responsabiliser : l'objectif est que les organisations en charge assument la responsabilité de leurs actions comme de leur inaction, et tiennent leurs engagements.⁶¹ Si la responsabilité à l'égard des parties prenantes internes (p. ex. siège de l'organisation), des financeurs et des gouvernements est un objectif courant du suivi et de l'évaluation, la nécessité de rendre des comptes aux populations touchées est généralement beaucoup moins prise en considération. Par conséquent, il convient de donner la priorité à la responsabilité envers les populations touchées et de planifier activement des mesures en conséquence ([étape 12](#)).

Public principal
PVMNT et communautés, financeurs et parties prenantes internes.

Exemple d'extrants
Rapports destinés à un comité consultatif, dirigés par les PVMNT, en vue de prendre des décisions.

Éclairer les politiques et les pratiques : les informations fournies par le suivi et l'évaluation peuvent aussi avoir pour but d'améliorer les pratiques humanitaires au-delà du projet particulier, par exemple en enrichissant les manuels opérationnels et les lignes directrices avec des données sur le soutien par les pairs ou des informations connexes. Les équipes de mise en œuvre devraient réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour atteindre efficacement ces objectifs, car elles pourraient avoir besoin de ressources supplémentaires et d'élaborer des plans d'engagement stratégique et de plaidoyer dépassant les extrants spécifiques. L'ajout d'une composante de recherche robuste peut fournir des éléments utiles pour faciliter ce processus.

Public principal
Décideurs internes, comités consultatifs, acteurs humanitaires, gouvernements (p. ex. ministres de la Santé), instances normatives (p. ex. OMS), organisations de la société civile et de plaidoyer.

Exemple d'extrants
Rapport interne comportant des recommandations, rapport externe, atelier et rapports de politique.

Contribuer à la base de données probantes : le suivi et l'évaluation peuvent contribuer à la compréhension du soutien par les pairs au sein de la communauté humanitaire au sens large. Les données probantes disponibles sur le soutien par les pairs dans ces contextes étant rares, chaque expérience d'organisation enregistrée peut apporter une valeur ajoutée.

Public principal
Acteurs humanitaires externes, gouvernementaux, de la société civile et universitaires.

Exemple d'extrants
Rapport de pratique ou de politique ([étude de cas 4 \[Kenya\]](#)), étude de cas, rapport de projet et publication dans une revue.

Lorsque la finalité du suivi et de l'évaluation est clairement identifiée, les étapes suivantes sont guidées par un but général dont les bénéfices pour le projet et/ou au-delà sont parfaitement définis. Les équipes de mise en œuvre devraient également se conformer à l'existant : normes de suivi et d'évaluation, exigences de communication, lignes directrices et outils de collecte de données.



Conseil pratique

Les termes et formulations employés dans cette section peuvent différer de ceux utilisés dans l'organisation de mise en œuvre. Par exemple, des termes différents peuvent désigner les extrants/résultats/critères, les buts/objectifs ou les sources de données/moyens de validation. Il est recommandé aux équipes de mise en œuvre d'utiliser la terminologie de leur organisation.

Étape 11

ÉLABORER UN CADRE DE RÉSULTATS

Les cadres de résultats offrent une représentation structurée des composantes et des résultats attendus d'un projet. Pour commencer, il est conseillé aux équipes de mise en œuvre de réviser (ou de créer) la TdC du projet ([étape 1](#)). Elle définit le processus complexe des modalités du changement attendu et peut servir de base pour les étapes suivantes.

Étape 11A

DÉFINIR LA CHAÎNE DES RÉSULTATS

Un cadre de résultats, par exemple un modèle de cadre logique, englobe toute la chaîne des résultats d'un projet, depuis sa mise en œuvre (intrants, processus, extrants) jusqu'à ses effets (résultats) et postulats. Les postulats sont des facteurs qui relient les résultats de cette chaîne et sont soit incertains, soit hors du contrôle du projet. Le [tableau 4](#) propose des exemples d'indicateurs qui peuvent être mesurés à chaque étape de la chaîne des résultats, pertinents pour les projets de soutien par les pairs en contexte humanitaire.

Il y a autant d'indicateurs de mesure possibles que de modèles de soutien par les pairs. La façon dont ils sont sélectionnés et pondérés dépendra des objectifs généraux et de la TdC du projet. Par exemple, pour l'amélioration permanente d'une intervention, des indicateurs de mesure des intrants, des extrants et des processus peuvent être beaucoup plus utiles à la continuité de la prise de décision et à la rapidité de l'adaptation que des résultats cliniques, qui peuvent mettre plus longtemps à faire apparaître des changements. De même, pour un projet dont l'objectif général est de renforcer l'intégration sociale et l'autonomie économique des personnes, la chaîne des résultats devrait se concentrer sur les indicateurs de mesure reflétant ces changements (p. ex. sentiment d'isolement, revenus autodéclarés). Il est important que ces indicateurs puissent faire apparaître aussi bien les résultats positifs que d'éventuels effets négatifs involontaires. Cette étape devrait s'achever par une matrice de cadre logique (ou un outil similaire) détaillant les principales composantes de la chaîne de résultats.



Pour aller plus loin

[Log frame \(Tools4Dev\)](#)



ÉTUDE DE CAS 1 Liban

Évaluation des résultats du projet

Le projet de groupe de soutien par les pairs au Liban avait une capacité importante qui a permis de collecter et d'analyser une grande quantité de données au niveau du projet. Les indicateurs de mesure pertinents ont été sélectionnés au cours d'un atelier des parties prenantes et dans le cadre d'un mini processus de TdC au début du projet. Pour la plupart des indicateurs, des outils validés ont été utilisés, avec en sus l'intervention de la LSHTM. Des outils plus simples peuvent être plus appropriés dans de nombreux contextes.

Intrants/processus/extrants

- Volonté de participer (% de personnes ayant refusé)
- Participation au groupe (% de séances suivies)
- Taux d'abandon (% de personnes qui sont sorties de l'intervention)

Résultats

- Indicateurs cliniques (c.-à-d. HbA_{1c}, pression artérielle)
- Facteurs de risque de MNT (instrument WHO-STEPI de l'OMS en version arabe)
- Observance thérapeutique (échelle MARS-5)
- Qualité de vie (instrument WHO-QOL de l'OMS en version arabe)
- Prise en charge centrée sur la personne (réseau collaboRATE)

Les points de données cliniques ont été enregistrés dans le cadre du suivi de routine de la prise en charge assurée par la Croix-Rouge libanaise, et les autres critères ont été recueillis au moyen d'un questionnaire spécifique au projet Bridging the Gap. La collecte des données de routine de la Croix-Rouge libanaise portait sur des variables démographiques (sexe, âge, niveau d'éducation, nationalité), ce qui a permis à l'équipe d'analyser les variables recensées par sous-groupe. Une étude de mise en œuvre parallèle menée par la LSHTM et des consultants de recherche locaux vise à comprendre le processus et le contexte de la mise en œuvre.

[> Lire l'étude de cas \(en anglais\)](#)



Conseil pratique

Les projets impliquent souvent diverses parties prenantes qui peuvent avoir des avis divergents sur ce qui doit être mesuré et comment. Pour éviter un gaspillage de ressources associé à des collectes de données redondantes, il est recommandé d'aligner le plus possible les projets avec ces demandes (p. ex. au travers d'un atelier pour les parties prenantes).

Tableau 4. Aperçu et exemples d'indicateurs de mesure de la chaîne de résultats pertinents pour les projets de soutien par les pairs

	INTRANTS ET PROCESSUS	EXTRANTS	RÉSULTATS
Définitions	Recenser les ressources ou les activités du projet (intrants) et leurs interactions (processus) pour comprendre la mise en œuvre de l'intervention et déterminer si elle est conforme aux prévisions.	Recenser les résultats ou les produits immédiats (extrants) des activités et des processus. À ne pas confondre avec les résultats, car les extrants ne montrent pas encore un changement notable et bénéfique pour le groupe cible.	Recenser les résultats significatifs d'un projet (résultats). En fonction des objectifs du projet, il peut s'agir d'évaluations de santé mentale et physique, de résultats psychologiques, sociaux, comportementaux et de soins autonomes, et de résultats rapportés par les personnes. ^{16,25} Certains résultats peuvent être progressifs et difficiles à mesurer (p. ex. complications de MNT comme la rétinopathie diabétique).
Exemples	<ul style="list-style-type: none"> Sélection des modérateurs Organisation de formation Réalisation de l'intervention Expériences rapportées par les pairs 	<ul style="list-style-type: none"> Portée de l'intervention Adoption de l'intervention Taux de participation jusqu'à la fin de l'intervention et d'abandon Commentaires des parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs cliniques indirects (HbA_{1c}, pression artérielle, scores de dépression) Qualité de vie Efficacité personnelle Intégration sociale

Étape 11B

DÉFINIR LES INDICATEURS

Pour rendre chaque mesure opérationnelle, identifiez au moins un indicateur pertinent, utile et applicable. Les indicateurs sont souvent quantitatifs (numériques, p. ex. nombre ou pourcentage d'individus d'une cohorte ayant une PA < 140/90 mmHg à la dernière visite), mais peuvent être qualitatifs (textuels, visuels ou verbaux, p. ex. perception des PVMNT quant à l'aspect centré sur la personne de la prise en charge). Les indicateurs utiles sont ceux qui peuvent enregistrer des changements pertinents en tenant compte des angles morts, des ressources disponibles et des outils de collecte des données, ainsi que de leur valeur en dehors du projet

(p. ex. aux fins de comparaison ou pour rendre compte). Le [tableau 5](#) peut servir de guide sommaire.

Le tableau suivant n'est pas une prescription stricte aux équipes de mise en œuvre. De nombreux facteurs influencent la portée potentielle du suivi et de l'évaluation, notamment les mandats et capacités organisationnels, la disponibilité des ressources et le contexte culturel et socioéconomique. Les questions de réflexion peuvent aider à en identifier certains.

Tableau 5. Guide suggéré pour la sélection des principaux indicateurs de mesure des projets de soutien par les pairs

Centraux	Projets ayant peu de ressources et/ou contextes caractérisés par des limites majeures (p. ex. réponse d'urgence, contraintes de délai, problèmes d'accès, volatilité).	1 ou 2 indicateurs de mesure des intrants/processus/extrants 1 à 3 critères de résultats <ul style="list-style-type: none"> Ventilation : par sexe, âge, handicap et sites du projet (si pertinent). Sources : essentiellement données de routine. Priorité aux données faciles à collecter, peu ou pas d'autres ressources nécessaires.
Élargis	Projets plus matures, disposant de plus de ressources et/ou menés dans des contextes où il existe une réponse humanitaire établie (p. ex. phase de rétablissement).	Tous les indicateurs centraux et ventilés, plus un nombre limité d'indicateurs supplémentaires ou nouvelle ventilation axée sur les données pertinentes réalisables et exploitables. <ul style="list-style-type: none"> Sources : essentiellement données de routine avec processus limités de collecte de nouvelles données (p. ex. enquêtes à la sortie des patients).



Questions de réflexion

- Quelles données ont déjà été collectées, à quelle fin et pour quel public, par quel moyen et par qui ?
- Comment sont-elles rapportées actuellement (p. ex. ventilées au niveau de la cohorte ou au niveau des patients) ?
- Qui détient les données et comment peut-on y accéder (confidentialité, sécurité, partage de données) ?
- Les indicateurs peuvent-ils être enregistrés lors de la collecte de données de routine ou de nouveaux processus sont-ils nécessaires ?
- Quelles sont les compétences et capacités existantes au sein de l'équipe ?
- Comment la phase de crise globale influence-t-elle a) la pertinence, b) l'impact et c) la faisabilité d'indicateurs spécifiques ?
- Quelles sont les données nécessaires pour comprendre parfaitement les indicateurs (p. ex. sexe, âge, handicap) ?
- Avez-vous pris en compte les principes d'équité et humanitaires (p. ex. statut socioéconomique, politique, de migrant) ?
- Les indicateurs quantitatifs sont-ils clairement définis de manière à permettre les comparaisons (numérateur, dénominateur, calendrier et groupe de population) ?
- Existe-t-il des moyens plus simples d'obtenir des informations aussi (ou assez) utiles (p. ex. indicateurs de mesure indirects) ?

L'[annexe I](#) présente une liste d'indicateurs de mesure possibles et d'indicateurs simplifiés qui peuvent servir à développer des indicateurs SMART, par exemple :

- **Organisation de formation** : proportion des participants à la formation dont le score d'évaluation final est 20 % plus élevé que le score initial (ou nombre/pourcentage de personnes ayant obtenu un score final > 80 %).
- **Indicateur clinique indirect** : nombre/pourcentage de patients hypertendus ayant une PA \leq 140/90 avant et après l'intervention ou à la dernière visite des six derniers mois.



Pour aller plus loin

[5 SMART Indicators in Monitoring and Evaluation \(Tools4Dev\)](#).

En contexte humanitaire, il existe souvent des écarts considérables dans la collecte des données les plus fondamentales, et les données rapportées ne sont généralement pas ventilées, ce qui ne permet pas de déduire dans quels groupes le projet est efficace.^{5,62} Les équipes de mise en œuvre devraient donner la priorité à la ventilation des données. Les projets peuvent aussi prévoir un élargissement par phases de la portée du suivi et de l'évaluation ou, si les ressources disponibles sont importantes, envisager des approches plus complètes ou plus spécialisées ([encadré K](#)).

Étape 12

ÉLABORER UN PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le plan de suivi et d'évaluation est un outil opérationnel qui récapitule l'ensemble des éléments de suivi et d'évaluation d'un projet. Il peut s'articuler autour d'un cadre logique, mais couvre tous les aspects, de la préparation à la collecte, au traitement, à l'analyse et à la diffusion des données. Il existe des ressources utiles en accès libre, par exemple le modèle [M&E plan template \(Tools4Dev\)](#). Cette étape explore deux composantes souvent oubliées d'un plan de suivi et d'évaluation.

Traitement et analyse des données

Le leadership des experts techniques du suivi et de l'évaluation est particulièrement critique à l'étape de traitement des données. Il requiert une connaissance approfondie des normes et lignes directrices applicables, ainsi que des compétences pour mettre en place (ou adapter) un système de gestion des données. La protection des données et de la vie privée des personnes devrait être au premier rang des priorités, notamment lorsque l'on gère des informations sensibles ou des groupes de population vulnérables.

Pour éviter de collecter des données non pertinentes, le plan de suivi et d'évaluation doit décrire en détail le processus par lequel les données recueillies sont transposées en informations et extraits utiles et exploitables. Pour chaque indicateur, cela doit couvrir :

- la description de l'indicateur ;
- les rôles et responsabilités ;
- la finalité/le public ;
- les contrôles de qualité ;
- les outils de collecte des données ;
- la méthodologie d'analyse ;
- la fréquence ;
- la conservation et le transfert des données (confidentialité et protection).

L'étape d'analyse des données est importante mais pas nécessairement complexe. Les analyses simples et utiles sont souvent les plus efficaces, surtout pour les décisions à prendre rapidement. Par exemple, la comparaison des caractéristiques des personnes ayant refusé de participer au soutien par les pairs (p. ex. principalement des hommes) peut permettre d'émettre des recommandations pour rendre l'intervention plus pertinente (p. ex. en changeant l'horaire des séances). Toutes les données de routine doivent être exploitées, sous peine de gaspiller des ressources déjà limitées, de faire peser des risques inutiles sur la sécurité des données et d'enfreindre les principes éthiques.

📖
Pour aller plus loin
[Analyse data \(Better Evaluation\)](#)

Engagement et responsabilité de la communauté

Il est recommandé aux équipes de mise en œuvre de prendre en compte, de façon transversale, le rôle des PVMNT et de leur communauté. Les acteurs humanitaires s'efforcent d'abandonner le modèle traditionnel paternaliste au profit d'une approche plus collaborative et participative faisant intervenir les PVMNT, les familles et les communautés à tous les stades de la conception et de la réalisation du programme. Le suivi et l'évaluation peuvent constituer un outil extrêmement puissant pour favoriser la responsabilisation, les réponses humanitaires centrées sur la personne et la responsabilité communautaire. Bien qu'ils participent souvent à la collecte des données (p. ex. en tant que membres d'un groupe cible), les membres de la communauté et les PVMNT tendent à être moins impliqués dans les autres phases, comme l'analyse et la diffusion des données ou la prise de décision (c.-à-d. une participation plus significative).

📖
Pour aller plus loin
[Operational Guidance on Accountability to Affected Populations \(Health Cluster\)](#)

Figure 8. Exemples d'implication des PVMNT et de leur communauté :

COPRODUCTION

- Transfert de pouvoir sur les ressources et les décisions
- PVMNT en position de leadership

COLLABORATION

- Ateliers de validation
- Méthodes participatives
- Conseils consultatifs communautaires
- Groupes de référence

PARTICIPATION

- Discussion dans les groupes cibles
- Enquêtes
- Systèmes de commentaires
- Newsletters
- Réunions générales

Avec le temps, les équipes de mise en œuvre peuvent s'orienter vers un modèle de coproduction donnant tous les pouvoirs décisionnaires aux pairs et à leur communauté.



Kenya

ENCADRÉ K

Méthodes exhaustives de génération de données probantes

Les projets dotés de ressources suffisantes dans un environnement stable peuvent envisager d'élargir leurs efforts de suivi et d'évaluation. Cela peut passer par l'ajout d'indicateurs généralement difficiles à enregistrer (p. ex. complications), par l'extension de la ventilation des données ou le recours à des méthodologies (p. ex. recherche sur la mise en œuvre) et méthodes (p. ex. suivi longitudinal) de recherche plus complètes.



Pour aller plus loin

[Evaluation Methods and Approaches \(Better Evaluation\)](#)

La **recherche sur la mise en œuvre** est une méthodologie de recherche spécifique centrée sur la compréhension des facteurs « Quoi ? », « Pourquoi ? » et « Comment ? » de la performance des interventions en contexte réel, et sur le test d'approches d'amélioration.^{63 (p. 1)} Elle cible l'interaction entre un projet et son contexte au moyen de variables de mise en œuvre comme l'acceptabilité, l'adoption, la fidélité, le coût, la couverture et la

pérennité. La recherche sur la mise en œuvre peut aider les équipes à comprendre pourquoi et comment une intervention fonctionne et comment extrapoler ses résultats à d'autres contextes. Bien souvent, cela nécessite un financement dédié et des partenariats stratégiques, par exemple avec des universités.

Le **suivi longitudinal** désigne la collecte de données de routine sur des indicateurs de mesure répétés et standardisés dans le temps pour un groupe de personnes spécifique. Il peut couvrir un ou plusieurs sites cliniques. Par exemple, une organisation humanitaire collecte des données cliniques (telles que la pression artérielle et l'HbA_{1c}) de toutes les PVMNT entrant en interaction avec l'un de ses services. Pour comparer plusieurs sites, des données imprimées ou électroniques doivent être saisies dans un outil ou sur une plateforme communs ou interopérables. Certains systèmes de collecte automatique des données peuvent prendre en charge ce processus (p. ex. dossiers médicaux électroniques). Le suivi longitudinal permet d'assurer un suivi de la qualité et d'effectuer des comparaisons entre les sites, et peut identifier des fluctuations dans le temps liées à l'adaptation des interventions ou à l'évolution des contextes.

APPEL À L'ACTION

Avec ce manuel, nous espérons montrer en quoi le soutien par les pairs peut être un outil puissant d'accompagnement des PVMNT, y compris dans les contextes humanitaires. Il a pour ambition de servir de guide pratique aux équipes de mise en œuvre pour, à terme, apporter un bénéfice aux PVMNT. Ce manuel et les données probantes sur le soutien par les pairs en contexte humanitaire évoluent continuellement. C'est pourquoi nous encourageons chacun et chacune à nous faire part de suggestions, de commentaires ou d'expériences de mise en œuvre de projets de soutien par les pairs en situation humanitaire afin d'améliorer la base de données probantes. Contactez la Croix-Rouge danoise à l'adresse info@rodekors.dk.

RESSOURCES EN LIGNE

- [Community Mental Health Good Practice Guide: Peer Support \(CBM Global Disability Inclusion\)](#)
- [Briefing Paper on Peer Support for People with Physical Health Conditions \(ImROC\)](#)
- [Peer Leader Manual and Training \(FID\)](#)
- [Livret pour groupes de soutien Diabète \(Lions Club International\)](#)
- [Tools and Training \(Peers for Progress\)](#)
- [Mother-to-Mother Support Groups: Trainer's Manual \(Save the Children\)](#)
- [Assurer un soutien par les pairs aux jeunes et aux adolescents vivant avec le VIH \(OMS\)](#)

BIBLIOGRAPHIE

1. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Res Policy Syst.* 2019;17(1):27. doi:10.1186/s12961-019-0426-1.
2. Comité international de la Croix-Rouge. Managing projects addressing non-communicable diseases: Operational guidelines for field staff. Comité international de la Croix-Rouge ; 2020. Consulté le 8 février 2024. <https://shop.icrc.org/managing-projects-addressing-noncommunicable-diseases-operational-guidelines-for-field-staff.pdf-en.html>.
3. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: 2010 Revision for Field Review*. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises; 2010.
4. Davidson P, Hickman L, Graham B, Halcomb E, Phillips J. Beyond the rhetoric: what do we mean by a 'model of care'? *Aust J Adv Nurs.* 2006;23(3):47-55.
5. Ansbro É, Issa R, Willis R, Blanchet K, Perel P, Roberts B. Chronic NCD care in crises: A qualitative study of global experts' perspectives on models of care for hypertension and diabetes in humanitarian settings. *J Migr Health.* 2022;5. doi:10.1016/j.jmh.2022.100094.
6. Organisation mondiale de la Santé. Principaux faits : Maladies non transmissibles. Organisation mondiale de la Santé ; 2023. Consulté le 8 février 2024. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
7. Nations unies. *Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles*. Nations unies ; 2018. Consulté le 8 février 2024. <https://digitalibrary.un.org/record/1648984?ln=en&v=pdf>.
8. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2003;40(3):321-332. doi:[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5).
9. Daniels AS, Bergeson S, Myrick KJ. Defining peer roles and status among community health workers and peer support specialists in integrated systems of care. *Psychiatr Serv.* 2017;68(12):1296-1298. doi:10.1176/appi.ps.201600378.
10. Beales A, Wilson J. Peer support – the what, why, who, how and now. *J Ment Health Train Educ Pract.* 2015;10:314-324. doi:10.1108/JMHTEP-03-2015-0013.
11. Ferrari G, Ngoga G, Manzi A, Gomber A. Peer support in the management of diabetes to improve cardiovascular disease outcomes in low- and middle-income countries (LMICs). *Glob Heart.* 2023;18(1). doi:10.5334/gh.1263.
12. Sunderland K, Mishkin W. *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada ; 2013. Consulté le 19 février 2024. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2018-06/peer_support_guidelines_fr.pdf.
13. Cohen F, Yaeger L. Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implement Res Pract.* 2021;2:263348952199879. doi:10.1177/2633489521998790.
14. Venables E, Edwards JK, Baert S, Etienne W, Khabala K, Bygrave H. "They just come, pick and go." the acceptability of integrated medication adherence clubs for HIV and Non Communicable Disease (NCD) Patients in Kibera, Kenya. *PLoS One.* 2016;11(10). doi:10.1371/journal.pone.0164634.
15. Kirsh SR, Aron DC, Johnson KD, Santurri LE, Stevenson LD, Jones KR, et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work? *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1). doi:10.1186/s12913-017-2064-z.
16. Schmid B, Njeim C, Vijayasingham L, Sanga LA, Kighsro RN, Fouad FM, et al. Implementing (and evaluating) peer support for people living with noncommunicable diseases in humanitarian settings. Publication en ligne, 2024.
17. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract.* 2010;27 Suppl 1. doi:10.1093/fampra/cmp027.
18. Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Self care interventions to advance health and wellbeing: a conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ.* 2019;365.
19. Organisation mondiale de la Santé. Delivering Effective and Accountable Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) During Emergencies and Beyond. Organisation mondiale de la Santé ; 2023. Consulté le 12 décembre 2023. [https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-\(mhpps\)-during-emergencies-and-beyond](https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/delivering-effective-and-accountable-mental-health-and-psychosocial-support-(mhpps)-during-emergencies-and-beyond).
20. Jacquérioz Bausch F, Beran D. Managing Projects Addressing Non-Communicable Diseases: Operational Guidelines for Field Staff. Comité international de la Croix-Rouge ; 2020.
21. Hijazi Z, de Carvalho Eriksson C. Mental Health and Psychosocial Technical Note. Fonds des Nations unies pour l'enfance ; 2019. Consulté le 12 décembre 2023. <https://www.unicef.org/media/73726/file/UNICEF-MH-and-PS-Technical-Note-2019.pdf>.

22. Gee S, Harlass S. Operational Guidance: Community Health in Refugee Settings. Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés ; 2022.
23. Mendis S, Kiapi L, Lyons G, Tonelli M, Woodman M. *Package of Essential Non-Communicable Diseases Interventions for Humanitarian Settings (PEN-H)*. Organisation mondiale de la Santé ; 2020.
24. Cherrington AL, Khodneva Y, Richman JS, Andrae SJ, Gamboa C, Safford MM. Impact of peer support on acute care visits and hospitalizations for individuals with diabetes and depressive symptoms: A cluster-randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2018;41(12):2463-2470. doi:10.2337/dc18-0550.
25. Thompson DM, Booth L, Moore D, Mathers J. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1). doi:10.1186/s12913-022-07816-7.
26. Qi L, Liu Q, Qi X, Wu N, Tang W, Xiong H. Effectiveness of peer support for improving glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*. 2015;15(1). doi:10.1186/s12889-015-1798-y.
27. Azmiardi A, Murti B, Febrinasari RP, Tamtomo DG. The effect of peer support in diabetes self-management education on glycemic control in patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health*. 2021;43. doi:10.4178/epih.e2021090.
28. Zhang X, Yang S, Sun K, Fisher EB, Sun X. How to achieve better effect of peer support among adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Patient Educ Couns*. 2016;99(2):186-197. doi:10.1016/j.pec.2015.09.006.
29. Fisher EB, Boothroyd RI, Elstad EA, Hays L, Henes A, Maslow GR, et al. Peer support of complex health behaviors in prevention and disease management with special reference to diabetes: systematic reviews. *Clin Diabetes Endocrinol*. 2017;3(1):1-23.
30. Debussche X, Besançon S, Balcou-Debussche M, Ferdynus C, Delisle H, Huiart L, et al. Structured peer-led diabetes self-management and support in a low-income country: The ST2EP randomised controlled trial in Mali. *PLoS One*. 2018;13(1). doi:10.1371/journal.pone.0191262.
31. Bonevski B, Randell M, Paul C, Chapman K, Twyman L, Bryant J, et al. Reaching the hard-to-reach: A systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*. 2014;14(1). doi:10.1186/1471-2288-14-42.
32. Miller NP, Ardestani FB, Dini HS, Shafique F, Zunong N. Community health workers in humanitarian settings: Scoping review. *J Glob Health*. 2020;10(12):1-21. doi:10.7189/jogh.10.020602.
33. Walker C, Peterson CL. Where does value lie in peer support? An exploratory discussion of the theories and methods underpinning effective research in peer support. *Qual Health Res*. 2020;31(2):218-227. doi:10.1177/1049732320964173
34. Lorthios-Guillement A, Richard L, Filiatrault J. Factors associated with the implementation of community-based peer-led health promotion programs: A scoping review. *Eval Program Plann*. 2018;68:19-33. doi:10.1016/j.evalprogplan.2018.01.008.
35. Gillard S, Gibson SL, Holley J, Luccock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: A qualitative research study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014;24(5):435-445. doi:10.1017/S2045796014000407.
36. Halsall T, Daley M, Hawke L, Henderson J, Matheson K. "You can kind of just feel the power behind what someone's saying": a participatory-realist evaluation of peer support for young people coping with complex mental health and substance use challenges. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1358. doi:10.1186/s12913-022-08743-3.
37. Embuldeniya G, Veinot P, Bell E, Bell M, Nyhof-Young J, Sale JEM, et al. The experience and impact of chronic disease peer support interventions: A qualitative synthesis. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):3-12. doi:10.1016/j.pec.2013.02.002.
38. Collom JRD, Davidson J, Sweet D, Gillard S, Pinfold V, Henderson C. Development of a peer-led, network mapping intervention to improve the health of individuals with severe mental illnesses: Protocol for a pilot study. *BMJ Open*. 2019;9(6). doi:10.1136/bmjopen-2018-023768.
39. Repper J, Walker L. *Peer Support for People with Physical Health Conditions*. Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust; 2021.
40. Sunderland K, Mishkin W. *Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation*. Commission de la santé mentale du Canada ; 2013.
41. NHS Derbyshire Healthcare. *The Eight Core Principles of Peer Support*. NHS; 2013.
42. Repper J. Peer Support Workers: Theory and Practice. ImROC; 2013. Consulté le 12 décembre 2023. <https://imroc.org/resource/5-peer-support-workers-theory-and-practice>.
43. Organisation mondiale de la Santé. *Soutien individuel par et pour les personnes ayant un savoir expérientiel en santé mentale : module d'orientation QualityRights de l'OMS*. Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
44. Bausch FJ, Beran D, Hering H, Boule P, Chappuis F, Dromer C, et al. Operational considerations for the management of non-communicable diseases in humanitarian emergencies. *Confl Health*. 2021;15(1). doi:10.1186/s13031-021-00345-w.

45. Asogwa OA, Boateng D, Marzà-Florensa A, Peters S, Levitt N, Van Olmen J, et al. Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(1). doi:10.1136/bmjopen-2021-049133.
46. Beales A, Wilson J. Peer support – the what, why, who, how and now. *J Ment Health Train Educ Pract*. 2015;10(5):314-324. doi:10.1108/JMHTPE-03-2015-0013.
47. Some D, Edwards JK, Reid T, Van den Bergh R, Kosgei RJ, Wilkinson E, et al. Task shifting the management of non-communicable diseases to nurses in Kibera, Kenya: does it work? *PLoS One*. 2016;11(1):e0145634.
48. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. *J Am Inst Plann*. 1969;35(4):216-224. doi:10.1080/01944366908977225.
49. Galea Baron J, Parsons Perez C, Chatterjee M. *Meaningfully Involving People Living with NCDs. What Is Being Done and Why It Matters*. NCD Alliance ; 2018.
50. Morrison C, Dearden A. Beyond tokenistic participation: using representational artefacts to enable meaningful public participation in health service design. *Health Policy (New York)*. 2013;112(3):179-186.
51. Gomber A, Owino E, Echodu M, Gomanju A, Mategeko P, Brown L, et al. Embodied contradictions, structural power: Patient organizers in the movement for global health justice. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(11):e0002577. doi:10.1371/journal.pgph.0002577.
52. Palmas W, March D, Darakjy S, Findley SE, Teresi J, Carrasquillo O, et al. Community health worker interventions to improve glycemic control in people with diabetes: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2015;30(7):1004-1012. doi:10.1007/s11606-015-3247-0.
53. Organisation mondiale de la Santé. *Cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes vivant avec des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale et neurologiques*. Organisation mondiale de la Santé ; 2023. Consulté le 31 mai 2023. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240073074>.
54. Hunt D, Lamb K, Elliott J, Hemmingsen B, Slama S, Scibilia R, et al. A WHO key informant language survey of people with lived experiences of diabetes: Media misconceptions, values-based messaging, stigma, framings and communications considerations. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022;193. doi:10.1016/j.diabres.2022.110109.
55. Litchfield I, Barrett T, Hamilton-Shield J, Moore T, Narendran P, Redwood S, et al. Current evidence for designing self-management support for underserved populations: an integrative review using the example of diabetes. *Int J Equity Health*. 2023;22(1). doi:10.1186/s12939-023-01976-6.
56. Ryan GK, Bauer A, Endale T, Qureshi O, Doukani A, Cerga-Pashoja A, et al. Lay-delivered talk therapies for adults affected by humanitarian crises in low- and middle-income countries. *Confl Health*. 2021;15(1):30. doi:10.1186/s13031-021-00363-8.
57. Guergues A. Long hours and low budgets: Meet the refugee groups supporting Sudanese displaced in Egypt. *The New Humanitarian*. Publié en 2023. Consulté le 21 septembre 2023. https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2023/09/20/refugee-groups-supporting-sudanese-displaced-egypt?utm_source=The+New+Humanitarian&utm_campaign=9343b203a2-EMAIL_CAMPAIGN_2023_09_21&utm_medium=email&utm_term=0_d842d98289-9343b203a2-75687374.
58. Pienaar M, Reid M. Self-management in face-to-face peer support for adults with type 2 diabetes living in low- or middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1). doi:10.1186/s12889-020-09954-1.
59. Garbutt A, Napier A, Scholz V, Simister N. *Evaluation*. INTRAC ; 2017. Consulté le 5 mars 2024. <https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2017/01/Evaluation.pdf>.
60. Rogers P. Week 19: Ways of framing the difference between research and evaluation. *Better Evaluation* ; 2014. Consulté le 21 février 2024. <https://www.betterevaluation.org/blog/week-19-ways-framing-difference-between-research-evaluation>.
61. Geneva Centre of Humanitarian Studies. *Humanitarian Encyclopedia: Accountability Concept*. Centre d'études humanitaires de Genève ; 2024. Consulté le 11 janvier 2024. <https://humanitarianencyclopedia.org/concept/accountability>.
62. Map Action. *Why we must address the gender gap in humanitarian data*. Map Action ; 2023. Consulté le 21 février 2024. https://mapaction.org/why-we-must-address-the-gender-gap-in-humanitarian-data/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=why-we-must-address-the-gender-gap-in-humanitarian-data.
63. Peters DH, Adam T, Alonge O, Agyepong IA, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *Bmj*. 2013;347.
64. Aebischer Perone S, Martinez E, Du Mortier S, Rossi R, Pahud M, Urbaniak V, et al. Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions. *Confl Health*. 2017;11(1):1-11.
65. Tang T, Funnell M. *Peer leader manual*. Bruxelles : Fédération internationale du diabète ; 2011.
66. Mundeve H, Snyder J, Ngilangwa DP, Kaida A. Ethics of task shifting in the health workforce: exploring the role of community health workers in HIV service delivery in low- and middle-income countries. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):71. doi:10.1186/s12910-018-0312-3.
67. Seeds for Change. *Facilitating workshops*. Consulté le 6 mars 2024. <https://www.seedsforchange.org.uk/facilitatingworkshops>.

ANNEXES

ANNEXE A : Élaboration de ce guide

Lorsque l'on conçoit des programmes sanitaires humanitaires, il est crucial d'utiliser des données probantes. Les informations des principaux chapitres de ce manuel sont issues des sources suivantes :

- i. Examen d'études de recherche publiées
- ii. Analyse de documentation parallèle
- iii. Entretiens avec des parties prenantes
- iv. Consultations d'experts

Parmi toutes les sources de données, la priorité a été donnée aux documents abordant des interventions de soutien par les pairs menées en contexte humanitaire. La disponibilité de tels documents étant limitée, ce manuel a également étudié les données provenant de pays à revenus faibles et intermédiaires et d'autres domaines prioritaires (p. ex. VIH, tuberculose, santé mentale et soutien psychosocial).

Les études de recherche et la documentation parallèle publiées ont été identifiées à partir d'un examen documentaire non exhaustif et d'informations publiées par les parties prenantes. Les publications qui décrivaient la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation d'interventions de soutien par les pairs ont été incluses dans le manuel. Des entretiens semi-structurés à distance ont été menés avec les parties prenantes qui avaient déjà mis en œuvre des projets de soutien par les pairs avec des PVMNT. Lorsqu'il n'y avait pas de documentation ou de matériel disponible concernant le projet, ces entretiens ont été examinés en priorité. Les consultations d'experts consistaient à demander un commentaire officiel à des parties prenantes choisies en vue de garantir la pertinence et l'adéquation opérationnelles du manuel. Ces experts étaient des acteurs humanitaires, des personnes ayant une expérience réelle et des chercheurs. De plus, le manuel a été présenté au groupe de travail interagence informel sur les MNT en contexte humanitaire pour recueillir son avis. Tous les experts consultés et tous les contributeurs sont nommés dans la section Remerciements.

ANNEXE B : Études de cas

- [ÉTUDE DE CAS 1 : Bridging the Gap : groupes de soutien par les pairs au Liban](#)
- [ÉTUDE DE CAS 2 : QualityRights : soutien par les pairs fondé sur les droits en Inde](#)
- [ÉTUDE DE CAS 3 : Living Together with Chronic Disease : soutien informel pour la gestion du diabète au Vietnam](#)
- [ÉTUDE DE CAS 4 : Projet Continuity of NCD Care in Crisis au Kenya](#)

ANNEXE C : Exercice sur la théorie simplifiée du changement

Participants : équipes de mise en œuvre, membres de la communauté et principales parties prenantes

Durée : 6 heures

Lieu : En ligne/hors ligne

En s'appuyant sur les concepts de la TdC, les équipes de mise en œuvre peuvent travailler en rétroplanning sur la durée de vie prévue du projet : des impacts aux résultats, aux postulats, pour finir par les actions et interventions. L'équipe commence par définir les buts du projet au niveau sociétal (c.-à-d. l'impact) et/ou à plus court à moyen terme (c.-à-d. les résultats). Ces buts peuvent découler de la liste des objectifs possibles ci-dessus. Ensuite, les activités susceptibles de permettre d'atteindre les changements souhaités sont identifiées. Les postulats sont des facteurs tenus pour acquis qui relient entre eux les concepts spécifiques de la TdC (p. ex. activités et résultats intermédiaires). Ils doivent être explicites car la force de l'intervention dépend de celle de ses postulats. Toutes les composantes doivent reposer sur des données probantes lorsque c'est possible. L'équipe peut s'inspirer de la liste des objectifs possibles et des mécanismes faisant intervenir les pairs.

Les résultats de cet exercice peuvent éclairer la conception de l'intervention et le suivi et l'évaluation du projet, et favoriser l'adhésion des parties prenantes, surtout s'ils peuvent être visualisés. De multiples ressources sur la TdC sont disponibles en ligne.



Pour aller plus loin

- [Humanitarian Innovation Guide \(ELRHA\)](#)
 - [Learning Lab \(USAID\)](#)
 - [ToCs \(Centre for Theory of Change\)](#)
-

ANNEXE D : Questions de réflexion visant à sélectionner les options de mise en œuvre adéquates

Question 1 : Quel est l'effet de la situation humanitaire évolutive ?

Ce manuel s'applique, en théorie, à toutes les catégories de contexte humanitaire, y compris ceux touchés par des conflits, des catastrophes et des crises complexes. Cependant, le type – et plus précisément la phase de la crise – conditionne fortement la faisabilité d'un projet de soutien par les pairs et, le cas échéant, le type de projet.

• Phase de préparation

Il existe peu d'exemples d'interventions de soutien par les pairs ciblant la préparation ou l'atténuation. Bien qu'un grand nombre des considérations valables pour les contextes de crise prolongée s'appliquent, il peut y avoir d'autres occasions d'anticiper des perturbations (*étude de cas 4*). Les efforts de soutien par les pairs peuvent avoir un effet protecteur sur les participants et atténuer certains impacts de la crise.³² Les organisations peuvent passer en revue les directives, les manuels et les initiatives de soutien par les pairs sous l'angle de la préparation. Dans le même temps, les liens avec les parties prenantes concernées devraient être resserrés pour favoriser une réaction plus rapide en situation d'urgence (p. ex. établissement d'un réseau de personnes ayant une expérience réelle, efforts proactifs d'engagement communautaire).

• Phase aiguë de réponse/d'urgence

Les réponses prioritaires pendant la phase aiguë d'une crise concernent les risques vitaux et les personnes risquant une exacerbation aiguë ou des complications critiques.^{44,64} Au regard de ces considérations éthiques et de sécurité, la capacité d'établir de nouvelles interventions de soutien par les pairs est généralement insuffisante. Les équipes de mise en œuvre peuvent encourager la poursuite des efforts de soutien par les pairs existants s'ils sont bien ancrés, car ils peuvent aider les participants à faire face ;³² par exemple, si une crise prolongée dans le contexte d'un projet continu de soutien par les pairs est marquée par une catastrophe brutale (comme une inondation).

• Phase de rétablissement/crise prolongée

Le soutien par les pairs serait généralement considéré comme partie intégrante de l'offre de services élargie.⁶⁴ C'est généralement plus facile à réaliser dans un contexte humanitaire stable et durable ou dans le cadre de la phase de rétablissement. Même dans les contextes stables, les réalités quotidiennes peuvent varier considérablement. Divers facteurs contextuels influencent le choix des options de mise en œuvre :

- accès aux populations (p. ex. déplacements de population, installation urbaine ou dans des camps, espace humanitaire) ;
- considérations sécuritaires pour le personnel et les communautés ;
- multiplicité des priorités et des préoccupations primaires des PVMNT (p. ex. abri, eau, nourriture) ;
- urgence et volatilité de la situation (p. ex. probabilité de perturbations) ;
- capacités et résilience du système de santé.

Les crises évoluent continuellement. Les équipes de mise en œuvre doivent prévoir une flexibilité suffisante (*étape 9*) pour que le projet continue de répondre aux besoins des bénéficiaires. Tous les changements instaurés par un acteur humanitaire doivent être communiqués clairement et sans délai aux participants et aux parties prenantes.



Pour aller plus loin

[Diabetes Care and Disasters \(Région du Pacifique occidental de la FID\)](#).



ÉTUDE DE CAS 4 Kenya

Gestion des perturbations

Les groupes de soutien par les pairs ont été mis sur pied pour aider leurs membres non seulement à vivre au quotidien avec une MNT, mais également à faire face aux crises imprévues. Dans ces scénarios, les groupes de soutien par les pairs peuvent avoir divers objectifs, notamment :

- Maintenir un soutien au quotidien : Les pairs peuvent continuer à s'entraider. Ils peuvent échanger des conseils pratiques pour la gestion de leur maladie en contexte de crise. Ils peuvent prodiguer un soutien émotionnel ou SMSPS en étant présents les uns pour les autres.
- Fournir des informations et un apprentissage mutuel : Les groupes peuvent se révéler un canal de communication fiable dans les situations d'urgence. Les pairs peuvent être en mesure de partager des informations de sources fiables, de fournir des mises à jour en temps réel ou de cartographier la disponibilité des services. Cela peut aider les membres à comprendre en quoi une crise peut affecter leur maladie et à trouver des ressources utiles.
- Mobiliser les parties prenantes : Les groupes peuvent offrir un lien crucial avec les établissements de santé, y compris en collaborant avec les agents de santé. À plus grande échelle, ils peuvent plaider pour les besoins de leurs membres et des PVMNT en général, par exemple auprès des autorités nationales.

Pour que les groupes puissent jouer pleinement ces rôles, il faut que leurs membres aient le sentiment de faire partie d'une communauté et qu'ils aient noué des relations de confiance solides avant la survenue d'une crise. En parallèle, les groupes peuvent se préparer activement à faire face aux répercussions des crises. Par exemple, ce projet a participé à la création de plans personnalisés de préparation aux situations d'urgence et organisé des exercices pratiques pour les urgences les plus courantes. Toutes les activités doivent être menées et adaptées par des membres du groupe, assistés par des acteurs humanitaires. Pour en savoir plus sur les efforts déployés par ce projet pour aider les personnes dans les périodes de perturbations, consultez ce bref résumé.

[> Lire l'étude de cas \(en anglais\)](#)

ANNEXE D : Questions de réflexion visant à sélectionner les options de mise en œuvre adéquates

Question 2 : Quelles sont les préférences de la communauté cible ?

Les PVMNT sont souvent favorables a priori au soutien par les pairs.⁵⁴ Cependant, le succès d'une intervention de ce type dépend de l'intérêt des participants et de l'adéquation de l'intervention mise en œuvre avec les besoins, les préférences et les priorités individuels. Par exemple, les personnes qui luttent pour leurs besoins fondamentaux ne seront pas très intéressées par des réunions destinées à échanger sur leur expérience de la vie avec une MNT. Les besoins fondamentaux peuvent inclure des produits et services essentiels et vitaux, comme l'insuline. Dans ces contextes, le soutien des pairs devra s'adapter et apporter une réponse plus directe aux besoins des participants, par exemple en se concentrant sur les réseaux d'entraide et de partage de médicaments.

La première réponse à ces questions est la participation significative des PVMNT. Comme décrit dans la section « La participation significative des PVMN, pierre angulaire de ces projets » (encadré E), leur implication s'étend sur la gamme qui va des discussions collectives ciblées à la participation aux comités consultatifs et à la représentation dans les instances décisionnaires clés, au niveau du projet et au-delà. Les consultations des parties prenantes et un nouvel examen des données peuvent apporter un nouvel éclairage. Ces entretiens doivent chercher à identifier les préférences de la communauté et leurs effets sur les choix de mise en œuvre (étape 3). Ils peuvent aussi enrichir les connaissances dans le champ d'application d'un projet, par exemple :

- historique d'interventions de soutien par les pairs ou de démarches approchantes (p. ex. réseau d'agents de santé communautaires) ;
- familiarisation de la communauté et associations avec le soutien par les pairs (p. ex. groupes communautaires) ;
- priorités du groupe cible en termes de défis à relever grâce au soutien par les pairs ;



Conseil pratique

Il est recommandé à l'équipe de mise en œuvre de définir précisément le concept de « communauté ». Ce terme évoque souvent des points communs entre les personnes beaucoup plus nombreux qu'ils ne le sont en réalité. Le groupe cible du projet est généralement constitué de multiples sous-groupes caractérisés par des besoins et des préférences distincts.

L'intervention de soutien par les pairs peut être encore plus ajustée une fois que les critères de sélection des pairs sont établis (étape 5).

- préférences de la communauté quant aux formats de soutien par les pairs (parmi tous les choix de mise en œuvre) ;
- liens possibles entre le soutien par les pairs et d'autres services (p. ex. déstockage de médicaments) ;
- choix linguistiques les plus acceptables (p. ex. utilisation de soutien par les pairs, entraide, « groupes diabète ») ;
- facteurs contextuels et culturels pertinents (p. ex. stigmatisation, structures de pouvoir, économie locale).

Question 3 : À quels efforts existants pouvons-nous nous joindre ?

Avant de réfléchir à une nouvelle intervention, les équipes de mise en œuvre devraient cartographier tous les projets existants qui utilisent le soutien par les pairs ou un modèle analogue. Dans de nombreux contextes, soutenir ou compléter des projets existants a davantage d'impact. Cette cartographie peut être combinée à une analyse des parties prenantes (étape 4) et couvrir les projets internes et externes. Il peut s'agir d'une évaluation formelle ou d'entretiens informels avec des parties prenantes clés, notamment des personnes et des acteurs en mesure de représenter les personnes ayant une expérience réelle.

Vous pouvez par exemple rechercher :

- des stratégies nationales de soutien par les pairs, des directives de formation des pairs et des programmes d'accréditation ;
- des projets existants ou planifiés par d'autres acteurs humanitaires ;
- des expériences antérieures au sein de l'organisation, y compris dans d'autres domaines prioritaires (p. ex. SMSPS) ;
- des réseaux populaires de soutien par les pairs dirigés par des personnes ayant une expérience réelle (p. ex. groupes d'entraide) ;
- des établissements d'adressage et des liens avec le système de santé en place.

Les réseaux populaires sont une option particulièrement intéressante d'engagement conjoint ou de soutien, car ils sont généralement fermement enracinés dans la communauté. Ils jouissent souvent d'un haut niveau de confiance et de légitimité, ce qui est indispensable pour la pérennité d'un projet. Même si la cartographie n'identifie pas des projets à soutenir, elle peut permettre de tirer des enseignements d'efforts existants et aider à répondre aux questions résiduelles. Pour visualiser les liens du soutien par les pairs, il est aussi possible d'utiliser un exercice de cartographie du parcours patient, ce qui peut aider à comprendre les expériences des personnes et à éviter la fragmentation.



Pour aller plus loin

[Your complete guide to patient journey mapping \(Qualtrics\).](#)

ANNEXE D : Questions de réflexion visant à sélectionner les options de mise en œuvre adéquates

Question 4 : De quelles ressources dispose notre organisation ?

Tous les types de ressources doivent être pris en compte : tangibles, intangibles (physiques, humaines, financières) et techniques.

Il peut être utile de réfléchir à cette question avec l'équipe de mise en œuvre élargie, en utilisant la méthode du brainstorming et un tableau physique (ou numérique) pour classer les ressources existantes dans différentes catégories. Cet exercice peut faire partie des consultations des parties prenantes.

- Quel acteur jouit de la plus grande légitimité au sein de la communauté ?
- Qui peut devenir ambassadeur du projet à chaque niveau (p. ex. organisationnel, local, régional, national) ?
- Quelles sont les capacités et les compétences de tous les acteurs pertinents en lien avec leur rôle suggéré ?
- Quelle est l'infrastructure disponible (p. ex. salles de réunion, technologies numériques, transport) ?
- Quels sont les supports disponibles (p. ex. manuels existants, documentation de formation) ?
- Quelles sont la portée et la durée du financement disponible ? Y a-t-il des options de cofinancement ?
- Quels choix de lieu peuvent faciliter la mise en œuvre (p. ex. sites pilotes, accessibilité) ?

Pour de nombreux projets, les réponses peuvent être déterminées en grande partie par les subventions ou les financements du projet. Même dans ce cas, les équipes de mise en œuvre doivent rechercher les autres types de ressources (notamment intangibles) disponibles.

Question 5 : Quelle peut être la pertinence d'options de mise en œuvre conjointe ?

À ce stade, les questions de réflexion peuvent commencer à favoriser certaines des options de mise en œuvre proposées. Le processus décisionnel ne suit pas nécessairement une logique de sélection d'un élément par catégorie. De fait, les options peuvent être combinées ou intégrées de multiples façons. Les équipes en charge peuvent envisager une mise en œuvre conjointe pour élaborer une approche parfaitement adaptée au contexte. Les options fréquemment liées sont :

- **En ligne et hors ligne** : séances de soutien par les pairs en présentiel régulières (p. ex. toutes les deux semaines) associées à un suivi ou à des rappels en ligne (p. ex. appels de la part des modérateurs).
- **En groupe et individuelles** : les séances de soutien en groupe peuvent être complétées par un système de binômes de pairs, pour un soutien plus personnel.
- **Modérateurs pairs et non pairs** : même lorsque les groupes de soutien sont animés par un pair leader, du personnel clinique peut intervenir à titre d'experts ou de comodérateurs dans certaines séances. D'autres personnes peuvent aussi intervenir comme comodérateurs, par exemple des agents de santé communautaires, des bénévoles et du personnel non clinique.
- **Formelles et informelles** : les organisations peuvent proposer un soutien par les pairs organisé (p. ex. groupes fermés animés par un leader pair qualifié) et des rencontres informelles (p. ex. rencontres mensuelles ouvertes).

Les exemples donnés ici visent uniquement à inspirer les équipes de mise en œuvre et ne sont pas exhaustifs. De nombreuses autres options de mise en œuvre conjointe peuvent s'avérer utiles si elles sont adaptées à un contexte particulier.



Conseil pratique

Réfléchissez à la capacité des options de mise en œuvre à répondre à certaines thématiques et à résoudre des difficultés soulevées par les questions précédentes.

ANNEXE E : Prise de décision parmi les options de mise en œuvre sélectionnées

Choix de mise en œuvre		Avantages	Inconvénients
QUI ?	Modérateur dédié OU	Un modérateur prédéfini peut recevoir une formation destinée à combler ses lacunes de connaissances et de compétences. ^{30,58,65} Cela peut faciliter la mise en œuvre du manuel et du contenu du projet conformément aux prévisions. ³⁴ La période initiale d'établissement des règles de base et des principes d'intervention de pairs peut être simplifiée, en particulier pour les personnes qui connaissent mal le concept. Cette option peut être privilégiée si le personnel des organisations a des compétences de modération robustes qui lui permettent d'assumer ce rôle.	Lorsque le modérateur est sélectionné et formé par l'organisation de mise en œuvre, il est le principal responsable du soutien par les pairs. Transférer cette responsabilité aux PVMNT et assurer la pérennité du projet peut s'avérer difficile. La formation des modérateurs peut nécessiter des ressources complémentaires.
	Pas de modérateur dédié	Si le rôle de modérateur n'est pas attribué à une personne spécifique ou s'il est transféré aux PVMNT, cela peut donner aux membres du groupe une impression plus marquée d'égalité, contribuant à les responsabiliser. Ce modèle peut être mis en œuvre de façon progressive, en commençant par désigner un modérateur établi.	L'organisation délègue en partie le contrôle de l'intervention. Les différentes séances peuvent être très inégales. L'autogestion des pairs peut être difficile au début, alors que la confiance et les relations ne sont pas encore établies.
	Modérateur clinique OU	Du personnel clinique peut apporter des connaissances médicales complétant les expériences vécues. La perspective de bénéficier de l'attention d'un professionnel de santé peut aussi inciter les pairs à participer.	La présence de personnel clinique, en particulier dans le rôle de modérateurs, pose le risque que les séances tombent dans la hiérarchie habituelle qui oppose experts et patients, et soient centrées sur les aspects biomédicaux des MNT. Le personnel est généralement déjà surchargé et n'a pas la capacité d'assumer des responsabilités supplémentaires. ³² Il peut être nécessaire de recruter ou de déléguer certaines responsabilités.
	Modérateur non clinique	Les modérateurs non cliniques ont l'avantage de ne pas relever des hiérarchies traditionnelles du système de santé ou de ne pas avoir de relation préexistante avec les participants. Ils sont souvent extérieurs à la prise en charge clinique et peuvent être plus à même de faire valoir les notions fondamentales du soutien par les pairs et l'approche biopsychosociale de la maladie.	Le risque de faire appel à des modérateurs non cliniques est la possibilité que des informations erronées soient diffusées avec la légitimité conférée par le lien avec un centre ou une organisation de santé. ³⁷ Une approche combinée apportant aux pairs leaders le soutien d'intervenants cliniques pour certaines thématiques peut atténuer quelque peu ce risque.
	Modérateur rémunéré OU	La rémunération des modérateurs peut être une question pour le personnel interne (c.-à-d. primes supplémentaires) et les personnes recrutées spécialement. Elle peut accroître la motivation et reconnaître la contribution des personnes. Cela peut aussi permettre de recruter des modérateurs qualifiés qui ne peuvent pas intervenir bénévolement.	Rémunérer les modérateurs peut créer des difficultés liées à la législation sur les fonctionnaires, et avoir des implications en termes de droit du travail. L'équipe de mise en œuvre doit s'appuyer sur les lois et les règlements applicables. Par exemple, les implications d'un emploi salarié doivent être comparées à celles du bénévolat avec indemnisation.
	Modérateur non rémunéré	Organiser des groupes de soutien par les pairs animés par des bénévoles peut permettre de mettre en œuvre une intervention avec un budget limité, ce qui n'aurait pas été possible autrement. Même si les modérateurs ne sont pas rémunérés, d'autres avantages doivent être pris en considération (p. ex. acquisition de compétences, employabilité et remboursement des frais de déplacement ou de repas).	Ne pas rémunérer les modérateurs suggère que leur travail ou leur expertise n'est pas valorisé et risque de leur donner le sentiment qu'ils ne sont pas reconnus. Cela risque aussi d'inciter à les surcharger de travail comme de la main d'œuvre bon marché, au nom de la délégation des tâches. ^{46,66} L'absence de motivation financière risque également d'accroître le taux de renouvellement, quel que soit le type de modérateur. ⁵⁷
	Modérateur pair OU	Les participants peuvent accorder plus de légitimité à des modérateurs qui ont l'expérience de la vie avec des MNT et des caractéristiques similaires aux leurs. ^{34,37} Ces points communs et le fait de parler la même langue peuvent faciliter l'instauration de relations de confiance. La double casquette de modérateur et de participant peut aussi avoir un effet positif. ³⁷ Les participants peuvent distinguer plus facilement le soutien par les pairs de la prise en charge de routine.	Les modérateurs pairs peuvent avoir du mal à passer constamment de la modération à la simple participation (c.-à-d. partage), créant un risque de confusion émotionnelle. ³⁷ À moins qu'ils aient déjà occupé des fonctions similaires, une formation spécifique aux compétences de modération est souvent nécessaire pour les aider à évoluer dans ce cadre. Malgré la présomption d'égalité, les modérateurs pairs courent le risque de tomber dans des relations de pouvoir (p. ex. ils aident des personnes à qui il manque quelque chose). ³⁷
	Modérateur non pair	Les modérateurs non pairs peuvent trouver plus facile d'exercer uniquement ce rôle, car la distinction entre modérateur et participant est alors parfaitement claire. Pour certaines organisations, il peut s'avérer plus facile de recruter des modérateurs qui ne sont pas des pairs, en s'appuyant sur des relations existantes, car les critères à remplir sont moins nombreux.	Les modérateurs non pairs peuvent risquer de reproduire les approches hiérarchiques ou biomédicales traditionnelles dans leur considération des participants et leurs interactions. Des occasions de nouer des liens de confiance et d'engagement peuvent être manquées si le modérateur n'a pas une profonde compréhension et de bonnes relations avec la communauté.

ANNEXE E : Prise de décision parmi les options de mise en œuvre sélectionnées

Choix de mise en œuvre		Avantages	Inconvénients
	Contenu défini OU	Un contenu prédéfini (p. ex. une liste de thèmes, d'activités, d'exercices) simplifie la planification et la gestion des ressources, tout en étant facile à reproduire. Les participants éventuels peuvent apprécier cette clarté de ce à quoi ils s'engagent. ³⁴	Les thématiques choisies peuvent sembler intéressantes pour l'équipe de mise en œuvre, mais pas pour les participants. Un contenu prédéfini comporte aussi le risque de ne pas toucher les participants au point de leur parcours où ils se trouvent, et de les désengager.
	Contenu non défini	Le soutien par les pairs peut être plus flexible et s'adapter aux besoins de ses participants. La responsabilité incombe aux participants, qui décident de ce qui est important pour eux. Cela peut être plus efficace après une période d'habituation, et demande le soutien technique et financier continu d'organisations externes.	Les participants peuvent s'attendre à ce que le soutien par les pairs soit similaire à un service de santé standard, avec un champ d'application clairement défini. Les concepts de séances flexibles ou de conception collaborative peuvent paraître inhabituels et peu attrayants au départ. Les formats de séances ouvertes peuvent également comporter le risque que les modérateurs reproduisent des méthodes pédagogiques hiérarchiques traditionnelles.
QUOI ?	Type de séance	<p>Le format des séances de soutien par les pairs peut être extrêmement varié et créatif. Nous n'abordons ici que quelques éléments, que les équipes de mise en œuvre pourront compléter avec la meilleure connaissance possible des besoins et des préférences des communautés cibles (<i>étapes 3 et 6</i>).</p> <p>Séances d'information thématiques (p. ex. éducation thérapeutique sur le diabète, hygiène alimentaire, activité physique, sommeil, stress) : constituent souvent le premier choix. Ce format permet d'ancrer les séances dans des thématiques précises et d'assurer le suivi des idées émanant de l'« éducation des patients ». Leur principal risque est d'être vécues comme des cours magistraux, à l'opposé des mécanismes fondamentaux du soutien par les pairs. Pour éviter cet écueil, les séances d'information devraient utiliser plusieurs formats différents (p. ex. discussions, activités, jeux) et avoir pour priorités la participation des pairs et l'apprentissage mutuel.</p> <p>Séances d'activité (p. ex. rencontres sportives, cours de cuisine, jeux de rôles) : peuvent offrir aux participants un moyen divertissant de nouer des relations. Le choix des activités adéquates peut s'avérer difficile car les besoins et les perceptions peuvent varier entre les sous-groupes. Dans certains contextes, par exemple, des cours de cuisine ou de yoga n'intéresseront pas les hommes (<i>étude de cas 1</i>).</p> <p>Soutien émotionnel, pratique et social (p. ex. discussion sur certaines difficultés, partage d'expériences et aide à la recherche de solutions) : étroitement lié aux mécanismes fondamentaux du soutien par les pairs. Les séances peuvent s'efforcer de réunir des personnes pour s'aider mutuellement à faire face à des difficultés spécifiques qu'elles rencontrent. Cela peut reposer sur des approches structurées, comme des exercices d'établissement d'objectifs ou d'écoute active. La recherche a montré que les séances à thème comportemental ou affectif (c.-à-d. humeur, attitude, sentiments) peuvent avoir davantage d'effets que celles fondées uniquement sur un contenu informatif.^{17,34,37}</p>	
		Établissement de santé OU	Organiser les séances de soutien par les pairs dans les établissements de santé fréquentés peut simplifier les déplacements des participants, en particulier si elles coïncident avec le suivi régulier ou le retrait de médicaments. Le lieu familier peut mettre les personnes à l'aise. Ce peut être la meilleure option si les modérateurs choisis sont des membres du personnel, ou si des salles sont disponibles dans l'établissement.
OÙ ?	Espace communautaire	Les espaces communautaires sont souvent centralisés et faciles d'accès pour nombre de participants. Ils peuvent aider à distinguer le soutien par les pairs de la prise en charge habituelle. Ces espaces peuvent offrir des occasions de collaborer avec des partenaires clés et de pratiquer des activités plus variées.	L'espace communautaire, bien que souvent plus proche pour les participants, peut les obliger à des déplacements en plus de leurs rendez-vous médicaux. La location des espaces peut aussi induire des coûts supplémentaires.
	En présentiel OU	Le soutien par les pairs en présentiel peut faciliter l'instauration de la confiance, par exemple à travers de petites interactions non guidées pendant les pauses. Les modérateurs peuvent aussi avoir une plus grande habitude de ce format et se sentir plus à l'aise.	Les séances de soutien par les pairs peuvent passer à côté de personnes du groupe cible qui sont dans l'incapacité de se déplacer. Dans de nombreux contextes, ce groupe est constitué de personnes déjà souvent négligées et durement touchées par les crises.
	En ligne/ à distance	Le soutien par les pairs à distance (p. ex. par téléphone ou appels via Internet) offre à peu près les mêmes possibilités que les méthodes de santé numérique. Il peut s'avérer particulièrement bénéfique dans les environnements où l'accès physique est – ou devient – limité, ou lorsque les pairs préfèrent un plus haut niveau de confidentialité.	Le soutien par les pairs en ligne comporte ses défis techniques d'accessibilité, comme l'accès à un téléphone, la connectivité ou la connaissance du numérique. Les modérateurs peuvent avoir besoin d'être formés aux aspects spécifiques du soutien par les pairs en ligne et d'acquérir des compétences d'animation numérique.

ANNEXE E : Prise de décision parmi les options de mise en œuvre sélectionnées

Choix de mise en œuvre		Avantages	Inconvénients
COMMENT ?	En groupe OU	Le soutien en groupe utilise souvent moins de ressources que les formats individuels. C'est particulièrement vrai pour les groupes importants (> 10 personnes), qui permettent par ailleurs davantage d'interactions sociales. Les petits groupes peuvent être perçus comme plus intimes et sûrs. ³⁴ Il est fréquent que des binômes ou des sous-groupes se forment au gré des relations entre les participants, de façon naturelle ou sur incitation des modérateurs.	Donner aux membres du groupe le sentiment que leurs expériences, et eux-mêmes, se ressemblent peut être plus difficile que dans des formats individuels. Les groupes trop nombreux (p. ex. > 25 personnes, selon le contexte) peuvent avoir un effet négatif sur l'intervention ³⁴ et les sentiments de cohésion, de confidentialité et de confiance des participants. Dans certains contextes, les personnes peuvent hésiter à aborder des questions personnelles en groupe. Les petits groupes courent plus de risques d'être annulés. ³⁴
	Individuel	Lorsque les pairs sont sélectionnés pour constituer des binômes, les expériences sont souvent plus similaires que ce n'est possible dans un groupe. Cette méthode peut être bénéfique lorsque la communauté est fragmentée et que les thèmes abordés peuvent être sensibles. Une approche de formation des formateurs peut être utile.	Le modèle individuel nécessite plus de ressources pour recruter et former des modérateurs plus nombreux. Il peut offrir moins de possibilités de répondre aux besoins sociaux des participants, en particulier si les séances ont lieu en ligne.
	Groupes ouverts OU	Les groupes ouverts (c.-à-d. qui permettent l'entrée de nouveaux membres) peuvent être la meilleure option dans les contextes caractérisés par une grande variabilité et des mouvements de population. Les membres « établis » peuvent aider les « nouveaux » et incarner les règles et la culture du groupe. Cette option peut être excellente pour des formats où la responsabilité incombe aux pairs ou qui tendent vers ce modèle.	L'adhésion aux groupes ouverts nécessite de planifier le processus d'entrée de nouveaux membres. Il peut aussi être difficile de faire coïncider les besoins des nouveaux et des anciens membres, par exemple avec la répétition de séances d'information sur les mêmes thèmes. La cohésion et la confiance mutuelle peuvent être plus difficiles à maintenir lorsque les membres changent fréquemment.
	Groupes fermés	Les groupes fermés (c.-à-d. nombre de participants fixe) préétablis peuvent permettre aux participants de nouer plus facilement des relations de confiance. D'une manière générale, les interventions y sont plus définies, avec une date de début et de fin claire, ce qui peut être plus adapté aux cycles de projets humanitaires.	L'engagement et les abandons peuvent être difficiles. Les participants peuvent avoir du mal à rester engagés et les groupes peuvent ne pas réussir à réunir suffisamment de personnes de façon régulière.

ANNEXE E : Prise de décision parmi les options de mise en œuvre sélectionnées

Choix de mise en œuvre		Avantages	Inconvénients
QUAND ?	Ad hoc OU	Les séances fondées sur les besoins peuvent renforcer la volonté de participation, en particulier si les pairs sont consultés pour décider des dates et lieux des réunions. Les participants ont la possibilité de redécider continuellement si le soutien par les pairs leur apporte davantage que d'autres priorités concurrentes.	Le nombre de participants peut être extrêmement fluctuant. Le manque de continuité et le risque que les participants soient très peu nombreux peuvent perturber la création de relations et la construction d'une dynamique de pairs.
	Réunions prédéfinies	Les projets pour lesquels les réunions sont prédéfinies peuvent demander aux participants un engagement sur toute la période du projet, dans la mesure de leurs possibilités. Ce format peut favoriser la présence et l'établissement des attentes des personnes. La continuité peut aider les participants à rester en phase et leur offrir des occasions régulières d'interagir.	Il peut être difficile d'établir un calendrier qui convienne à tous, en particulier dans les contextes particulièrement volatils. Cette planification exige souvent de la flexibilité de la part des modérateurs et une planification conjointe avec les participants pour trouver les meilleurs ajustements. Les participants peuvent se sentir obligés de participer aux séances, même lorsque le thème abordé ne les intéresse pas.
	< 3 mois OU	Les interventions de court terme peuvent être utiles dans les contextes où les ressources ou le temps disponible sont limités. Elles peuvent aussi permettre de mener une intervention pilote de soutien par les pairs pour évaluer son acceptabilité au sein de communautés spécifiques. Les participants peuvent avoir plus de facilité à s'engager.	Le temps peut manquer pour l'épanouissement des relations entre pairs, et les interactions peuvent être limitées. Ce manque de temps pour nouer des relations de confiance peut rendre difficile la mise en œuvre des mécanismes fondamentaux du soutien par les pairs. Même si des résultats positifs sont observés, leur pérennité est incertaine.
	> 3 mois	Il faut du temps pour atteindre le plein potentiel du soutien par les pairs, notamment pour le processus lent de l'instauration de confiance et de liens entre les participants. C'est pourquoi les interventions de longue durée (p. ex. 3 à 6 mois) semblent généralement plus efficaces. ²⁸	Les pairs peuvent avoir du mal à s'engager sur toute la durée du projet, en particulier dans les contextes volatils. Il faut s'attendre à des taux d'abandon élevés dans certains environnements. ³⁴ Le manque de ressources provenant de cycles de financement peut interdire d'organiser des projets sur de plus longues périodes.
	Fréquentes OU	En l'absence de définition claire, des rencontres au moins une fois par mois sont considérées comme fréquentes. Plus la fréquence est élevée, plus il est facile d'atteindre tous les résultats, car le soutien par les pairs fait partie intégrante du quotidien des personnes et favorise les interactions et l'aide. ²⁶	La présence et les coûts opportunistes associés peuvent être difficiles à assumer pour les participants. Au début, les personnes peuvent être réticentes à s'engager pour des réunions fréquentes, surtout si elles doutent de l'utilité du soutien par les pairs. ³⁴
	Peu fréquentes	Ce format est plus adapté aux contextes où les participants ont de longues distances à parcourir et du mal à faire face aux coûts engendrés. Il peut être plus facile de faire coïncider les réunions avec le suivi médical ou le retrait de médicaments, souvent programmés moins d'une fois par mois.	Les participants peuvent avoir du mal à mettre en application les enseignements des séances de soutien dans leur vie quotidienne sans le soutien continu de leurs pairs. Associer des séances de soutien par les pairs en présentiel et des séances sur des plateformes en ligne peut aider à résoudre ce problème.

ANNEXE F : Questions de réflexion relatives à la conception d'un manuel

Question de réflexion 1 : Quel devrait être le rôle des membres de la famille et des réseaux sociaux des pairs ?

Les réseaux sociaux immédiats des pairs, en particulier les aidants, peuvent aussi être considérés comme des personnes vivant avec des MNT et jouent un rôle dans les expériences, les perceptions et l'aptitude aux soins autonomes des pairs.⁴⁹ Leur implication peut renforcer l'impact du soutien par les pairs, mais comporte quelques risques.

Bénéfices potentiels	Risques potentiels
<p>La possibilité pour les pairs de partager cette expérience avec leurs proches est l'un des principaux bénéfices. L'implication des proches peut aider les pairs à mettre leurs apprentissages en application au quotidien. Par exemple, la communauté des pairs découvre et s'implique davantage dans les soins autonomes. Les pairs peuvent même demander explicitement la participation de leurs proches, comme dans l'étude de cas 1 (Liban). Impliquer les aidants des pairs peut être particulièrement utile, notamment pour les enfants ou les personnes vivant avec un handicap. Dans les groupes mixtes, par exemple, les aidants peuvent assister à une séance si les pairs ne le peuvent pas. Les aidants peuvent aussi avoir besoin de soutien, en particulier s'ils ont un rôle actif dans les routines de soins (autonomes) des personnes.</p>	<p>Le principal risque est que les aidants n'aient pas les mêmes caractéristiques ou les mêmes expériences que les pairs : cela affecte la cohésion du groupe et les mécanismes fondamentaux du soutien par les pairs. Ils peuvent aussi dominer les séances de soutien, interférant avec l'espace de confiance instauré par les pairs, soit ouvertement (p. ex. en parlant pour la personne), soit de manière indirecte (p. ex. leur présence crée chez les pairs une réticence à s'exprimer librement). Les réseaux des participants peuvent avoir les mêmes attitudes et comportements que les pairs, parfois néfastes pour la santé et les soins autonomes.</p>
<p>Exemples d'implication des réseaux des pairs :</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifiez des séances spécifiques auxquelles les pairs peuvent inviter d'autres personnes Organisez des séances distinctes pour les membres du réseau des pairs (p. ex. les aidants) Invitez les pairs et leurs réseaux sociaux à participer au même groupe <p>Cette décision peut être prise collectivement, avec les participants. Quel que soit le type d'implication adopté, les pairs doivent conserver la maîtrise de l'espace. Les modérateurs ont un rôle majeur à jouer pour préserver la sécurité de l'espace et gérer d'éventuels conflits. Pour limiter les risques, il peut être intéressant de commencer par renforcer les relations entre les pairs avant d'impliquer leurs réseaux.</p>	

Question de réflexion 2 : Comment maintenir une certaine flexibilité pour les modérateurs ?

La façon dont les participants perçoivent les séances, quel que soit le soin apporté à leur préparation, varie généralement selon le site de mise en œuvre ou le cycle du projet de soutien par les pairs. Le manuel devrait inclure et promouvoir des options à adapter au contexte local par les modérateurs. Par exemple :

- Mentionnez le fait que les modérateurs peuvent adapter tous les exemples pour qu'ils aient du sens dans le contexte de l'intervention.
- Utilisez des listes à puces pour les descriptions d'activités, afin que les modérateurs puissent facilement les formuler avec leurs propres mots.
- Proposez différentes options pour l'organisation d'une activité.
- Invitez les modérateurs à demander aux participants de partager des exemples ou des anecdotes, lorsque c'est pertinent.

Ces options devraient être mentionnées de façon explicite et simple dans le manuel de soutien par les pairs.

Question de réflexion 3 : Comment gérer les périodes entre deux séances ?

Dans la conception du manuel, il est courant de se focaliser sur les thèmes des séances. Cependant le temps entre deux séances joue un rôle tout aussi important. Il permet aux pairs de faire la synthèse du contenu, de prodiguer un soutien continu, de maintenir leur engagement et, dans le meilleur des cas, de commencer à mettre en place des changements dans leur quotidien. Suggestions d'éléments que l'équipe de mise en œuvre pourrait inclure dans le manuel :

- Remettre des supports à conserver :** préparer des documents que les participants pourront emporter peut les aider à faire la synthèse du contenu d'une séance. Il peut s'agir de résumés, d'exercices quotidiens ou d'activités de réflexion. Les exercices peuvent viser à accompagner un changement de comportement, par exemple en remplissant un journal à son rythme, journal intime ou expériences d'établissement d'objectifs. Tous les supports doivent tenir compte des préférences et des niveaux d'alphabétisation locaux.

ANNEXE F : Questions de réflexion relatives à la conception d'un manuel

- **Créer un espace favorisant les relations entre les pairs :**

ce peut être un groupe de messagerie en ligne ou un système de binôme réunissant deux pairs. Ce mécanisme permet aux pairs de prendre activement des nouvelles les uns des autres et de partager des informations intéressantes. L'usage que les participants feront de ces plateformes peut être laissé à leur discrétion. Par exemple, ils peuvent préférer en faire un espace social (p. ex. pour partager des photos des séances, avec le consentement explicite des personnes). Il est conseillé aux modérateurs de créer le groupe sur une plateforme, puis d'inciter les pairs à le rejoindre. Ce choix doit être un compromis entre la valeur perçue et l'accessibilité (p. ex. les personnes qui n'ont pas d'accès stable à Internet sont exclues de facto), avec les préoccupations liées à la protection des données.

- **Suivi avec les pairs :** il peut être utile aux modérateurs de mettre en œuvre un suivi actif avec les pairs entre les séances. En prenant le temps de demander des nouvelles, ils peuvent donner aux pairs l'impression d'être valorisés et appréciés. Les modérateurs peuvent également rappeler les dates des prochaines séances, ou partager d'autres informations utiles. Compte tenu du travail supplémentaire que cela demande, cela doit être convenu dans le cadre de la description du rôle de modérateur.

Question de réflexion 4 : Que se passe-t-il après les séances définies ?

Si l'équipe de mise en œuvre utilise les thèmes d'une séance pour structurer l'intervention, il lui faut réfléchir à la période qui suit la dernière séance prévue. Le soutien par les pairs peut se poursuivre avec le même format ou sous une forme complètement nouvelle. Par exemple, les pairs pourraient diriger les groupes de manière indépendante, ou l'organisation pourrait apporter un soutien limité. Le manuel doit prendre en compte cette « période de pérennité » et y préparer le groupe. La plateforme de communication utilisée tout au long du projet peut être une ressource utile à partir de laquelle travailler.

ANNEXE G : Thèmes de formation possibles pour les modérateurs

1. Présentation du projet (10 %)
 - a. Plan et objectifs du projet
 - b. Structure et portée du projet de soutien par les pairs
 - c. Description du rôle de modérateur (répondre aux questions et aux préoccupations)
2. Principes fondamentaux du soutien par les pairs (10 %)
 - a. Qu'est-ce que le soutien par les pairs ? Définitions, principales caractéristiques et mécanismes
 - b. Valeurs du soutien par les pairs (voir la section Introduction) et mise en pratique³⁶
3. État d'esprit et compétences de modération (30 %)
 - a. Introduction à la modération
 - i. Quelles sont les caractéristiques d'un bon modérateur ?
Ressource : [Peer Leader Manual \(FID\)](#)
 - ii. Qu'est-ce qui distingue la modération d'autres rôles ?
 - iii. Mise en cause des points de vue contraires aux valeurs du soutien par les pairs, comme l'autonomie ou l'égalité (p. ex. aide, résolution, enseignement)
 - iv. Soins autonomes du modérateur
 - b. Mise en pratique des compétences de modération
 - i. Compétences de communication, par exemple :
 - Écoute active (ressource : [Peer Leader Manual \(FID\)](#), p. 30)
 - Modèle OARS ([OARS communication skills, AHRQ](#))
 - Communication non violente
 - Gestion des conflits
 - Conversations difficiles/maîtrise de l'espace
 - ii. Renforcement de la motivation : entretiens de motivation et établissement d'objectifs
Ressource : [Peer Leader Manual \(FID\)](#), p. ex. pp 19-20 et [chapitres 2-3](#)
 - iii. Fixation des limites
4. Connaissances techniques (10 %)
 - a. Connaissances fondamentales sur les MNT : maladie, diagnostic, complications et traitement Alignement avec les lignes directrices organisationnelles, nationales ou autres pertinentes. Ressource : [Peer Leader Manual \(FID\)](#)
 - b. Recouvrements entre MNT, santé mentale et handicap
 - c. Forces et limites du rôle de modérateur
 - i. Force d'un savoir expérientiel et non clinique
 - ii. Importance de savoir dire « Je ne sais pas »
5. Formation spécifique sur le manuel (30 %)
 - a. Logique générale et enchaînement du manuel
 - b. Exercice pratique détaillé de toutes les activités planifiées
 - c. Équilibre entre respect du manuel et flexibilité locale
6. Formation complémentaire (10 %)
 - a. Idées fausses fréquentes et attitudes potentiellement néfastes. Peuvent concerner les MNT ou des caractéristiques des participants (p. ex. origine ethnique, statut de personne réfugiée, niveau d'éducation)
 - i. Stigmatisation et discrimination
 - ii. Déterminants sociaux de la santé
 - iii. Diversité et inclusion sociale
 Ressources : [Lignes directrices relatives au soutien par les pairs, pp 30 suiv. \(Commission de la santé mentale du Canada\)](#) ; participation significative des PVMNT et choix de la langue ([étapes 2 et 6](#))
 - b. Premiers secours psychologiques et approches éclairées axées sur le trauma
Ressources : [Community Based Support \(Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial\)](#) et [Supportive Voices Guide \(Centre de référence de l'IFRC pour le soutien psychosocial\)](#)
 - c. Processus et lignes directrices organisationnels (y compris parcours et outils d'adressage)
Ressource : [Referral Guidance Note \(IASC\)](#)

ANNEXE H : Liste de difficultés de mise en œuvre et solutions possibles (adaptation¹⁶)

Difficulté	Exemple	Solution possible
Difficulté à impliquer un sous-groupe particulier	Les hommes sont plus difficiles à recruter, ou ne participent pas aux séances de soutien par les pairs	<ul style="list-style-type: none"> Organisez des activités cohérentes avec les centres d'intérêt du sous-groupe Examinez le choix de la langue dans toutes les communications Ajustez les horaires en fonction des besoins des participants Envisagez de diviser les groupes, le cas échéant
Les transports ne sont plus disponibles ou deviennent inabordables pour les participants	Aggravation de la situation économique ou dépendance de transport assuré par la famille	<ul style="list-style-type: none"> Faites coïncider les réunions avec les jours de consultation médicale Distribuez des bons de transport en espèces Organisez des options de déplacement Changez de site pour un lieu plus facile d'accès Envisagez le format en ligne
Certaines personnes ne peuvent pas participer en raison de normes culturelles ou de réticences de leur famille	Les femmes ont besoin d'autorisation pour sortir du foyer, ou une période de deuil impose de rester à la maison	<ul style="list-style-type: none"> Changez de site pour un lieu acceptable Facilitez la participation à distance Adoptez un format en binôme ou les pairs offrent un soutien individuel Organisez une réunion d'information avec les familles ou la communauté des pairs
Participants non disponibles aux horaires de réunion	Certaines personnes ne peuvent pas participer pour des raisons professionnelles, culturelles, religieuses ou de santé	<ul style="list-style-type: none"> Déterminez les dates et horaires de rencontre collectivement Adoptez un calendrier de séances flexible Faites coïncider les réunions avec les jours de consultation médicale
Perte d'intérêt des participants au fil du temps	La participation est sélective en fonction de l'intérêt des séances	<ul style="list-style-type: none"> Redéfinissez la valeur de l'intervention Rappelez l'importance de participer Communiquez les thèmes des séances en amont Mettez en place un système de binôme ou de suivi
Le soutien par les pairs suscite des comparaisons négatives parmi les participants et fait naître des conflits interpersonnels ^{8,37}	Les pairs peuvent se comparer négativement les uns avec les autres : « quelle maladie est la pire ? »	<ul style="list-style-type: none"> Prévoyez une séance sur les règles du groupe Assurez une formation sur les compétences de communication Les modérateurs doivent recadrer les discussions
Les pairs leaders ou les modérateurs adoptent un modèle d'enseignement hiérarchique ³⁷	Les pairs leaders formés peuvent endosser un rôle d'enseignement fondé sur les compétences acquises lors de la formation	<ul style="list-style-type: none"> (Re)Formez les pairs leaders aux compétences essentielles de modération Discutez des descriptions de rôle avec les modérateurs et insistez sur l'importance de maîtriser l'espace plutôt que d'aider (c.-à-d. hiérarchie donneur/receveur) Renforcez la responsabilité des pairs participants aux séances
Affaiblissement des conseils techniques par la propagation bouche-à-oreille	Les modérateurs partagent verbalement des informations avec les pairs durant les séances	<ul style="list-style-type: none"> Remettez des supports visuels à conserver Partagez les synthèses des séances dans un groupe de discussion Passez en revue les thèmes de la séance précédente au début d'une nouvelle séance
Les questions des pairs dépassent les compétences et la formation du modérateur	Les pairs posent des questions techniques auxquelles le modérateur n'est pas en mesure de répondre	<ul style="list-style-type: none"> Ajoutez des structures de supervision permettant aux modérateurs de clarifier certains points Rappelez les limites du rôle de modérateur Faites intervenir du personnel technique dans les séances (p. ex. dans un format questions-réponses)

ANNEXE I : Liste sélective de mesures et d'indicateurs possibles de suivi et d'évaluation

Type	Mesure	Exemples d'indicateurs
INTRANTS ET PROCESSUS	Sélection des modérateurs	Nombre de personnes contactées vs sélectionnées (données ventilées)
	Organisation de formation	Nombre de séances de formation des modérateurs organisées
	Réalisation de l'intervention	Nombre de sites, groupes, séances organisées sur une période donnée
	Coûts	Coûts du projet (directs, indirects)
	Expériences des pairs	Indicateurs d'expérience rapportés par les personnes
EXTRANTS	Organisation de formation	Nombre de modérateurs (et personnel associé) formés
	Portée de l'intervention	Nombre de participants/nombre de participants éligibles dans la population cible (données ventilées)
		% de refus de participation (données ventilées)
	Adoption de l'intervention	Nombre et caractéristiques des participants/groupes
	Taux de participation	% de participants présents
	Perdus de vue	% de participants allant jusqu'à la fin de l'intervention vs abandonnant (données ventilées)
	Acceptation des parties prenantes	Données qualitatives concernant l'acceptation
	Mécanisme de réclamation en place et fonctionnel	Nombre de réclamations reçues/traitées
RÉSULTATS	Organisation de formation	Scores d'évaluation des connaissances avant et après formation
	Résultats cliniques indirects (p. ex. diabète)	Changements moyens dans la glycémie des participants
		Changements moyens dans le taux d'HbA _{1c} des participants
		Changements des scores de dépression
	Complications et résultats facilement quantifiables*	% de personnes adressées par un centre tertiaire
		% de personnes traitées pour des complications
	Qualité de vie*	Changements des scores de qualité de vie (p. ex. score WHO-QOL)
Résultats sociaux*	Changements des scores de soutien social ou d'isolement	

ANNEXE I : Liste sélective de mesures et d'indicateurs possibles de suivi et d'évaluation

Type	Mesure	Exemples d'indicateurs
RÉSULTATS	Changement dans les soins autonomes et le comportement*	% de personnes suivant le traitement prescrit
		Changements des facteurs de risque comportementaux (p. ex. programme WHO-STEPS)
	Fonctionnement quotidien*	Changements moyens des scores de handicap (p. ex. score WHO-DAS)
	Résultats psychologiques*	Changements des scores d'évaluation des connaissances
		Niveaux de stress (p. ex. scores de détresse liée au diabète)
		Changements du score d'efficacité personnelle
Recours au système de santé	Nombre de consultations cliniques (ou chevauchement avec les recommandations de traitement)	
* Ces indicateurs nécessitent souvent de collecter d'autres informations que les données cliniques de routine de suivi et de dépistage.		