



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019 N°202

**Bénéfices de la pair-aidance professionnelle pour les usagers dans un centre de réhabilitation psychosociale. Résultats d'une étude qualitative.**

***Benefits of professional peer support for users in a psychosocial rehabilitation center. Results of a qualitative study.***

## **THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 7 octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Mélanie DIAS**  
**Née le 1<sup>er</sup> juillet 1991 à Saint Etienne (42)**

**Sous la direction de Madame le Docteur Sophie CERVELLO**





UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2019 N°202

**Bénéfices de la pair-aidance professionnelle pour les usagers dans un centre de réhabilitation psychosociale. Résultats d'une étude qualitative.**

***Benefits of professional peer support for users in a psychosocial rehabilitation center. Results of a qualitative study.***

## **THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le 7 octobre 2019

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

**Mélanie DIAS**  
**Née le 1<sup>er</sup> juillet 1991 à Saint Etienne (42)**

**Sous la direction de Madame le Docteur Sophie CERVELLO**

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

**Président**

**Pr Frédéric FLEURY**

**Président du Comité de Coordination  
Des Etudes Médicales**

**Pr Pierre COCHAT**

**Directeur Général des services**

**M. Damien VERHAEGHE**

## **Secteur Santé :**

**Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

**Pr Gilles RODE**

**Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud Charles Mérieux**

**Pr Carole BURILLON**

**Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)**

**Pr Christine  
VINCIGUERRA**

**Doyenne de l'UFR d'Odontologie**

**Pr Dominique SEUX**

**Directrice du département de Biologie Humaine**

**Pr Anne-Marie SCHOTT**

## **Secteur Sciences et Technologie :**

**Directeur de l'UFR Sciences et Technologies**

**M. Fabien DE MARCHI**

**Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives (STAPS)**

**M. Yanick VANPOULLE**

**Directeur de Polytech**

**Pr Emmanuel PERRIN**

**Directeur de l'IUT**

**Pr Christophe VITON**

**Directeur de l'Institut des Sciences Financières  
Et Assurances (ISFA)**

**M. Nicolas LEBOISNE**

**Directrice de l'Observatoire de Lyon**

**Pr Isabelle DANIEL**

**Directeur de l'Ecole Supérieure du Professorat  
et de l'Education (ESPé)**

**Pr Alain MOUGNIOTTE**

## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2018/2019

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

<b>BLAY</b>	<b>Jean-Yves</b>	<b>Cancérologie ; radiothérapie</b>
<b>BORSON-CHAZOT</b>	<b>Françoise</b>	<b>Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale</b>
<b>COCHAT</b>	<b>Pierre</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>ETIENNE</b>	<b>Jérôme</b>	<b>Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière</b>
<b>GUERIN</b>	<b>Claude</b>	<b>Réanimation ; médecine d'urgence</b>
<b>GUERIN</b>	<b>Jean-François</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale</b>
<b>MORNEX</b>	<b>Jean-François</b>	<b>Pneumologie ; addictologie</b>
<b>NIGHOGHOSSIAN</b>	<b>Norbert</b>	<b>Neurologie</b>
<b>NINET</b>	<b>Jean</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b>
<b>OVIZE</b>	<b>Michel</b>	<b>Physiologie</b>
<b>PONCHON</b>	<b>Thierry</b>	<b>Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie</b>
<b>REVEL</b>	<b>Didier</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
<b>RIVOIRE</b>	<b>Michel</b>	<b>Cancérologie ; radiothérapie</b>
<b>THIVOLET-BEJUI</b>	<b>Françoise</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
<b>VANDENESCH</b>	<b>François</b>	<b>Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière</b>

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

<b>BOILLOT</b>	<b>Olivier</b>	<b>Chirurgie digestive</b>
<b>BRETON</b>	<b>Pierre</b>	<b>Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie</b>
<b>CHASSARD</b>	<b>Dominique</b>	<b>Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence</b>
<b>CLARIS</b>	<b>Olivier</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>COLIN</b>	<b>Cyrille</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
<b>D'AMATO</b>	<b>Thierry</b>	<b>Psychiatrie d'adultes ; addictologie</b>
<b>DELAHAYE</b>	<b>François</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>DENIS</b>	<b>Philippe</b>	<b>Ophtalmologie</b>
<b>DOUEK</b>	<b>Philippe</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
<b>DUCERF</b>	<b>Christian</b>	<b>Chirurgie digestive</b>
<b>DURIEU</b>	<b>Isabelle</b>	<b>Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie</b>
<b>FINET</b>	<b>Gérard</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>GAUCHERAND</b>	<b>Pascal</b>	<b>Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale</b>
<b>GUEYFFIER</b>	<b>François</b>	<b>Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie</b>
<b>HERZBERG</b>	<b>Guillaume</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologique</b>
<b>HONNORAT</b>	<b>Jérôme</b>	<b>Neurologie</b>
<b>LACHAUX</b>	<b>Alain</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>LEHOT</b>	<b>Jean-Jacques</b>	<b>Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence</b>

<b>LERMUSIAUX</b>	<b>Patrick</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b>
<b>LINA</b>	<b>Bruno</b>	<b>Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière</b>
<b>MARTIN</b>	<b>Xavier</b>	<b>Urologie</b>
<b>MERTENS</b>	<b>Patrick</b>	<b>Anatomie</b>
<b>MIOSSEC</b>	<b>Pierre</b>	<b>Immunologie</b>
<b>MOREL</b>	<b>Yves</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
<b>MORELON</b>	<b>Emmanuel</b>	<b>Néphrologie</b>
<b>MOULIN</b>	<b>Philippe</b>	<b>Nutrition</b>
<b>NEGRIER</b>	<b>Claude</b>	<b>Hématologie ; transfusion</b>
<b>NEGRIER</b>	<b>Sylvie</b>	<b>Cancérologie ; radiothérapie</b>
<b>OBADIA</b>	<b>Jean-François</b>	<b>Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</b>
<b>RODE</b>	<b>Gilles</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
<b>TERRA</b>	<b>Jean-Louis</b>	<b>Psychiatrie d'adultes ; addictologie</b>
<b>ZOULIM</b>	<b>Fabien</b>	<b>Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie</b>

### **Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

<b>ADER</b>	<b>Florence</b>	<b>Maladies infectieuses ; maladies tropicales</b>
<b>ANDRE-FOUET</b>	<b>Xavier</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>ARGAUD</b>	<b>Laurent</b>	<b>Réanimation ; médecine d'urgence</b>
<b>AUBRUN</b>	<b>Frédéric</b>	<b>Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence</b>
<b>BADET</b>	<b>Lionel</b>	<b>Urologie</b>
<b>BERTHEZENE</b>	<b>Yves</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
<b>BERTRAND</b>	<b>Yves</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>BESSEREAU</b>	<b>Jean-Louis</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
<b>BRAYE</b>	<b>Fabienne</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie</b>
<b>CHARBOTEL</b>	<b>Barbara</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
<b>CHEVALIER</b>	<b>Philippe</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>COLOMBEL</b>	<b>Marc</b>	<b>Urologie</b>
<b>COTTIN</b>	<b>Vincent</b>	<b>Pneumologie ; addictologie</b>
<b>COTTON</b>	<b>François</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
<b>DEVOUASSOUX</b>	<b>Mojgan</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
<b>DI FILLIPO</b>	<b>Sylvie</b>	<b>Cardiologie</b>
<b>DUBERNARD</b>	<b>Gil</b>	<b>Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale</b>
<b>DUMONTET</b>	<b>Charles</b>	<b>Hématologie ; transfusion</b>
<b>DUMORTIER</b>	<b>Jérôme</b>	<b>Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie</b>
<b>EDERY</b>	<b>Charles Patrick</b>	<b>Génétique</b>
<b>FAUVEL</b>	<b>Jean-Pierre</b>	<b>Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie</b>
<b>FELLAHI</b>	<b>Jean-Luc</b>	<b>Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence</b>
<b>FERRY</b>	<b>Tristan</b>	<b>Maladie infectieuses ; maladies tropicales</b>
<b>FOURNERET</b>	<b>Pierre</b>	<b>Pédopsychiatrie ; addictologie</b>
<b>GUENOT</b>	<b>Marc</b>	<b>Neurochirurgie</b>
<b>GUIBAUD</b>	<b>Laurent</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
<b>JACQUIN-COURTOIS</b>	<b>Sophie</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
<b>JAVOUHEY</b>	<b>Etienne</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>JUILLARD</b>	<b>Laurent</b>	<b>Néphrologie</b>

JULLIEN KODJIKIAN KROLAK SALMON	Denis Laurent Pierre	Dermato-vénéréologie Ophtalmologie Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT MERLE MICHEL	Jean-Yves Philippe Philippe	Chirurgie générale Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE NICOLINO PICOT PONCET RAVEROT	Pierre-Yves Marc Stéphane Gilles Gérald	Chirurgie infantile Pédiatrie Parasitologie et mycologie Chirurgie générale Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
ROSSETTI ROUVIERE ROY	Yves Olivier Pascal	Physiologie Radiologie et imagerie médicale Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD SCHAEFFER SCHEIBER SCHOTT-PETHELAZ	Mohamed Laurent Christian Anne-Marie	Psychiatrie d'adultes et addictologie Biologie cellulaire Biophysique et médecine nucléaire Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE TRUY TURJMAN VANHEMS	Caroline Eric Francis Philippe	Physiologie Oto-rhino-laryngologie Radiologie et imagerie médicale Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie

#### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA BOUSSEL BUZLUCA DARGAUD CALENDER CHAPURLAT CHENE	Justine Loïc Yesim Alain Roland Gautier	Pédiatrie Radiologie et imagerie médicale Hématologie ; transfusion Génétique Rhumatologie Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON CONFAVREUX CROUZET CUCHERAT	Sophie Cyrille Sébastien Michel	Anatomie et cytologie pathologiques Rhumatologie Urologie Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DI ROCCO DUBOURG DUCLOS	Federico Laurence Antoine	Neurochirurgie Physiologie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY FANTON	François Laurent	Neurologie Médecine légale



GILLET	Yves	Pédiatrie
GIRARD	Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESURTEL	Mickaël	Chirurgie générale
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MILLION	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Nutrition
POULET	Emmanuel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROMAN	Sabine	Physiologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Physiologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

#### Professeur des Universités - Médecine Générale

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent
ZERBIB	Yves

#### Professeurs associés de Médecine Générale

BERARD	Annick
FARGE	Thierry
LAMBLIN	Gery
LAINÉ	Xavier

#### Professeurs émérites

BAULIEUX	Jacques	Cardiologie
BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ;

<b>CORDIER</b>	<b>Jean-François</b>	<b>addictologie</b>
<b>DALIGAND</b>	<b>Liliane</b>	<b>Pneumologie ; addictologie</b>
<b>DROZ</b>	<b>Jean-Pierre</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
<b>FLORET</b>	<b>Daniel</b>	<b>Cancérologie ; radiothérapie</b>
<b>GHARIB</b>	<b>Claude</b>	<b>Pédiatrie</b>
<b>GOILLAT</b>	<b>Christian</b>	<b>Physiologie</b>
<b>MAUGUIERE</b>	<b>François</b>	<b>Chirurgie digestive</b>
<b>MELLIER</b>	<b>Georges</b>	<b>Neurologie</b>
<b>MICHALLET</b>	<b>Mauricette</b>	<b>Gynécologie</b>
<b>MOREAU</b>	<b>Alain</b>	<b>Hématologie ; transfusion</b>
<b>NEIDHARDT</b>	<b>Jean-Pierre</b>	<b>Médecine générale</b>
<b>PUGEAUT</b>	<b>Michel</b>	<b>Anatomie</b>
<b>RUDIGOZ</b>	<b>René-Charles</b>	<b>Endocrinologie</b>
<b>SINDOU</b>	<b>Marc</b>	<b>Gynécologie</b>
<b>TOURAINÉ</b>	<b>Jean-Louis</b>	<b>Neurochirurgie</b>
<b>TREPO</b>	<b>Christian</b>	<b>Néphrologie</b>
		<b>Gastroentérologie ; hépatologie ;</b>
		<b>addictologie</b>
<b>TROUILLAS</b>	<b>Jacqueline</b>	<b>Cytologie et histologie</b>

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers  
Hors classe**

<b>BENCHAIB</b>	<b>Mehdi</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale</b>
<b>BRINGUIER</b>	<b>Pierre-Paul</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
<b>CHALABREYSSE</b>	<b>Lara</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
<b>GERMAIN</b>	<b>Michèle</b>	<b>Physiologie</b>
<b>KOLOPP-SARDA</b>	<b>Marie Nathalie</b>	<b>Immunologie</b>
<b>LE BARS</b>	<b>Didier</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
<b>NORMAND</b>	<b>Jean-Claude</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
<b>PERSAT</b>	<b>Florence</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
<b>PIATON</b>	<b>Eric</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
<b>SAPPEY-MARINIER</b>	<b>Dominique</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
<b>STREICHENBERGER</b>	<b>Nathalie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
<b>TARDY GUIDOLLET</b>	<b>Véronique</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>

**Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers  
Première classe**

<b>BONTEMPS</b>	<b>Laurence</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
<b>CHARRIERE</b>	<b>Sybil</b>	<b>Nutrition</b>
<b>COZON</b>	<b>Grégoire</b>	<b>Immunologie</b>
<b>ESCURET</b>	<b>Vanessa</b>	<b>Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière</b>
<b>HERVIEU</b>	<b>Valérie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
<b>LESCA</b>	<b>Gaëtan</b>	<b>Génétique</b>
<b>MENOTTI</b>	<b>Jean</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
<b>MEYRONET</b>	<b>David</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>

PHAN	Alice	Dermato-vénéréologie
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET	Fabienne	Immunologie
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

### Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COUR	Martin	Réanimation ; médecine d'urgence
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie
DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LEMOINE	Sandrine	Physiologie
MARIGNIER	Romain	Neurologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie Néonatalogie Pharmaco Epidémiologie
ROLLAND	Benjamin	Clinique Pharmacovigilance
SIMONET	Thomas	Psychiatrie d'adultes Biologie cellulaire

### Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

PIGACHE	Christophe
DE FREMINVILLE	Humbert
ZORZI	Frédéric

### Maître de Conférences

LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des
sciences et		techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

## Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## COMPOSITION DU JURY

### **Président du Jury :**

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK

### **Membres du Jury :**

Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Madame le Professeur Caroline DEMILY

Madame le Docteur Evelyne LASSERRE

Madame le Docteur Sophie CERVELLO

## REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

**Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux membres du Jury,

**Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans ce jury. Veuillez croire en l'expression de mon estime et de mon respect.

**Madame le Professeur Caroline DEMILY,**

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

**Madame le Docteur Evelyne LASSERRE,**

Je vous remercie de m'avoir guidée lors de la réalisation de ce travail de recherche, en particulier par votre expertise concernant les entretiens qualitatifs. Veuillez croire en l'expression de toute ma gratitude.

**Madame le Docteur Sophie CERVELLO,**

Je te remercie de m'avoir proposé cette thèse et d'avoir accepté de la diriger. Merci beaucoup pour ton soutien, ta bienveillance, tes conseils, ton investissement et ta grande disponibilité malgré toutes mes questions. J'ai beaucoup appris à tes côtés que ce soit sur la pair-aidance, sur la recherche et sur les études qualitatives.

**A tous ceux qui ont apporté leur contribution dans la réalisation de ce travail :**

Merci beaucoup **Christine** pour ta gentillesse et pour ton aide dans la relecture de l'article en anglais.

Merci **Camille, Lee** et **Véronique** pour votre soutien et le temps passé à me faire découvrir votre profession.

Merci **Eva** et **Floriane** pour votre bienveillance et la retranscription des entretiens.

**Et merci à tous ceux qui sont venus me témoigner leur soutien à l'occasion de ma soutenance de thèse.**

A ma famille,

**Maman**, merci pour tout ton amour, pour ta gentillesse, pour ton écoute et pour toutes les valeurs que tu m'as transmises. Merci pour tout le temps passé à t'occuper de moi depuis toute petite, jusqu'à la relecture attentive de ma thèse.

**Papa**, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir dit de regarder toujours plus haut mais pas trop.

**Mamie** et **Papy** de Lyon, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, merci de m'avoir transmis l'envie d'apprendre et de réussir, merci pour les nombreux kilomètres en voiture, pour les weekends à Saint Martin et tous les petits plats.

**Mamie** et **Papy** de Caen, merci pour votre gentillesse et tous les bons moments passés en vacances chez vous. Papy, je suis sûre que de là-haut tu continues à veiller sur tes petites filles.

**Claude**, merci d'avoir toujours été là depuis plus de vingt ans.

**Thomas**, merci pour ton amour et ton soutien, merci d'accepter d'entendre les mêmes histoires dix fois et d'apaiser mes stress. Merci en plus d'être mon mari, d'être mon relecteur et mon informaticien, depuis le début de mon internat et là encore pour la thèse.

A mes amis,

**Estelle**, merci pour tous les supers moments que l'on a passé ensemble, pour ta gentillesse, toutes nos soirées et nos « pas tout de suite ».

**Charlène**, merci pour tout ce que l'on a partagé ensemble, des soirées jeux de société aux bars à vins, des karaokés à la soirée salsa romaine.

**Camille**, merci pour tous les moments passés ensemble, nos voyages et pour tous nos fous rires depuis les échanges de photos en latin.

**Lamya**, merci pour tout ce que l'on a vécu ensemble depuis la seconde, merci de m'avoir fait partager des moments avec ta famille et découvrir le Maroc.



A mes collègues,

Merci à tous les médecins qui m'ont tant appris durant l'internat.

Une pensée particulière pour **Régis** qui nous a quittés trop tôt. Merci d'avoir été toujours si bienveillant et attentif à tes internes.

**Ludivine**, merci de m'avoir rassurée avant le choix de l'internat et pour tous tes conseils depuis.

**Elise**, merci pour ta gentillesse et ta disponibilité pour m'avoir fait découvrir la psychiatrie lors de mon premier semestre d'internat.

**Rémy**, merci de m'avoir fait apprécier la liaison. Merci encore pour ta confiance et ton soutien.

**Faustine, Vérane, Clémence, Jeanne-Marie et Charlotte**, merci pour tous les bons moments passés à Lyon Sud et depuis.

**Adelina**, merci pour ta gentillesse, ton écoute et tous les restaurants.

**Monique**, merci pour ton enthousiasme, et pour m'avoir entre autres enseigné combien il est important d'être créatif pour les expositions des patients dans le cadre des TCC.

**Filipe**, merci pour tout ce que tu m'as appris et merci pour ta disponibilité.

Merci aux équipes qui m'ont accueillie dans mes différents stages, l'équipe de **Magallon 2**, des **urgences et de la liaison de Lyon sud**, de **Renoir**, de **l'unité d'hospitalisation**, du **CMP** et de **l'HDJ de Bourgoin**, de la **clinique Lyon Lumière** et de **Cerletti**. Merci pour votre bienveillance et votre écoute.

# Table des matières

Introduction .....	17
1/ Définition de la Pair-aidance .....	17
2/ Historique de la Pair-aidance .....	18
3/ Pertinence de l'étude .....	20
Résumé de l'article en français .....	21
Article : Benefits of professional peer support for users in a psychosocial rehabilitation center. Results of a qualitative study. ....	24
Abstract .....	24
Manuscript.....	26
Tables .....	40
References .....	45
Discussion .....	49
Conclusion.....	51
Bibliographie.....	52
Conclusions en français signées.....	57

# Introduction

## 1/ Définition de la Pair-aidance

Les pairs aidants en santé mentale sont des personnes rétablies d'un trouble psychique sévère ou présentant un trouble neurodéveloppemental. Ils apportent du soutien et accompagnent le rétablissement d'autres usagers en s'appuyant sur leur expérience personnelle(1–6). La singularité de leur rôle repose sur le partage de ce savoir expérientiel et la proximité de leur vécu avec d'autres usagers. Ils présentent la même pathologie ou plus largement partagent les mêmes conséquences secondaires à un autre trouble (7–10).

On parle de « pairs aidants professionnels », « Médiateurs de Santé Pairs », « travailleurs pairs », « pairs praticiens en santé mentale » (Suisse), « experts du vécu » (Belgique), « mentors du rétablissement » ou « pairs aidants certifiés » (Québec) (11) quand cette pratique est formalisée, rémunérée avec un contrat de travail et qu'ils sont intégrés dans une équipe de soin. Ces professionnels ont non seulement acquis au cours de leur parcours un savoir expérientiel de la maladie, de ses conséquences, des soins, du rétablissement, et une capacité à s'y référer (6,12,13) mais ils ont également des capacités d'écoute, d'empathie, de bienveillance, de communication et des aptitudes au travail d'équipe (14–17).

Ces compétences sont souvent renforcées par une formation préalable à l'embauche et une formation continue pour prendre du recul sur leur expérience et compléter leur savoir empirique. Ils sont ainsi formés aux techniques d'entretien ou à l'animation de groupe. Ils bénéficient également d'apport théorique permettant une vision plus globale de la pair-aidance, du rétablissement et des institutions (18,19). En France, les premières formations ont été le Diplôme Universitaire Médiateur de Santé/Pair de l'université Paris 8, la formation patient ressource en santé mentale en 2017/2018 à Lyon et le DESIU (Diplôme d'Etude Supérieure Inter-Universitaire) Pratiques orientées autour du rétablissement de l'université d'Aix-Marseille(14). Actuellement, les formations françaises comprennent la licence de médiateur santé/pair à l'université Paris 13 et le diplôme universitaire de pair aidance en

santé mentale au centre ressource de réhabilitation psychosociale associé à l'université Lyon 1.

Les activités auprès des usagers réalisées par les pairs aidants sont très variables selon le lieu d'exercice. Ils peuvent réaliser des entretiens individuels, de la psychoéducation, des aides aux démarches administratives, des visites à domicile, un soutien au logement ou à l'éducation, des groupes développant des techniques d'autogestion de la maladie ou encore défendre les droits des usagers (20–23).

## 2/ Historique de la Pair-aidance

L'origine de la pair-aidance remonte au *traitement moral* inauguré par Jean Baptiste Pussin et Philippe Pinel en France à la fin du XVIIIe siècle. En effet la majorité des surveillants qu'ils embauchaient à l'hôpital Bicêtre étaient d'anciens patients rétablis (24).

Au cours du dernier siècle, nous pouvons identifier trois « catégories » de pair-aidance.

Premièrement, les groupes associatifs d'entraide mutuelle qui s'appuient sur le partage des acquis par l'expérience. Les plus connus et les plus développés sont les Alcooliques Anonymes. Ils ont été créés en 1935 dans l'Ohio et comptent aujourd'hui plus de 2 millions d'adhérents (25). On peut également citer « Recovery International », qui est un groupe de pairs utilisant les techniques cognitives et comportementales créé par le psychiatre américain Abraham Law en 1937 (22,25), ou encore les club house dont le premier a vu le jour en 1948 aux Etats-Unis (26).

La 2<sup>ème</sup> catégorie correspond à des groupes d'usagers politiquement engagés. Les pionniers furent The Alleged Lunatics' Friend Society créé en 1845 en Angleterre qui ont lutté contre l'internement et les traitements injustifiés (25). Ces groupes de pairs ont pris de l'ampleur dans les années 1970 aux Etats-Unis dans le contexte de revendication des droits du mouvement des victimes de la psychiatrie « survivors » (13,21,22,25,27). Plusieurs figures emblématiques de ce mouvement comme Mary Barnes ont exercé la fonction de pair aidant

(28). Nous pouvons également citer en 1985, Judi Chamberlin « usager survivant » (29) qui fonde le « drop in center », centre géré par les usagers (19). En France, ce mouvement a surtout émergé lors de l'épidémie du SIDA(14).

La 3<sup>ème</sup> vague est l'introduction de pairs aidants professionnels dans les services psychiatriques (22). Le premier à l'avoir instauré est le Dr Sullivan, psychiatre, qui a recruté dans les années 1920 des patients rétablis dans son unité d'hospitalisation à Baltimore (9,30). Mais la professionnalisation des pairs aidants s'est surtout développée ces 20 dernières années en parallèle de l'émergence de l'approche centrée sur le rétablissement. Les Américains ont été précurseurs avec le premier programme d'embauche de travailleurs pairs financé par l'Association Nationale des Directeurs de Programme d'Etats pour la santé Mentale en 1989 (14,31), suite au programme pilote Denver au Colorado de 1986-1988 (9,25). Depuis lors, les initiatives d'intégration de pairs aidants dans le système de soins se sont multipliées aux Etats-Unis et se sont répandues dans d'autres pays, notamment en Ecosse, au Canada (9,22,32) , en Australie (33), en Angleterre (34), au Chili (35), à Hong Kong (30) ... Aux Etats Unis, on compte plus de 10 000 pairs aidants (36). Au Canada le plan d'action de Santé Mentale de 2015-2020 préconise que 30% des équipes de services de suivi d'intensité variable et 89% des équipes de soutien comprennent au moins un pair-aidant (11,37).

En France, l'intérêt pour la pair-aidance a, en premier lieu, concerné les usagers ayant présenté des pathologies somatiques chroniques (sida, hépatites, diabète) au cours des années 2000 avec les patients experts (27). Dans le domaine de la psychiatrie, les pairs aidants ont d'abord été présents sur le plan associatif au sein des Groupes d'Entraide Mutuelle depuis 2005 et des Club house depuis 2010. Le premier pair aidant salarié dans un hôpital psychiatrique a été Herman Handluter en 2010 à Marseille (11). Depuis, les expérimentations de pair aidant professionnel se sont développées sous l'impulsion du programme « Médiateur de Santé-Pair » (MSP) initié par le Centre Collaborateur de l'OMS (CCOMS) de Lille (19,21,27).

### 3/ Pertinence de l'étude

Le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique) recommande dans l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 de « poursuivre l'expérimentation sur les médiateurs pairs » (38). De même, dans le 5<sup>ème</sup> principe du plan global de l'action pour la santé mentale de 2013 à 2020, l'OMS prône l'implication des personnes souffrant de trouble mentaux dans « la défense des droits, l'élaboration des politiques et des lois, la planification des services, l'intervention clinique, l'évaluation et la recherche en santé mentale » (6,39).

Cependant, la littérature au sujet de l'intérêt d'une prise en charge par des pairs aidants pour les usagers en particulier dans le contexte de réhabilitation en France est rare (40). C'est pourquoi il semblait pertinent de mener une étude qualitative, dont l'objectif était d'explorer les bénéfices pour les usagers à rencontrer et être accompagné par un pair aidant professionnel lors de leur parcours de réhabilitation psychosociale.

Réaliser une étude sur cette nouvelle profession m'a également intéressée d'un point de vue personnel car il me semble important de mieux connaître les différents acteurs de soins afin de proposer une prise en charge diversifiée. De plus, le travail de collaboration avec les usagers ou ex-usagers m'a toujours semblé primordial pour répondre au mieux aux besoins du patient, favoriser l'alliance thérapeutique, augmenter l'observance, remettre en question nos pratiques et les enrichir. Comme le dit Philippe Maugiron, président de l'association francophone des médiateurs de santé pair : « il ne s'agit pas de confronter les savoirs mais de s'enrichir mutuellement des savoirs et des points de vue de l'autre (...) Collaborer avec un MSP permet aux équipes qui l'ont intégré d'améliorer leur pratique et de s'enrichir d'un autre regard et d'une meilleure compréhension des patients. Ils se complètent. » (19). Enfin on peut penser que le travail des pairs aidants permettra de déstigmatiser la psychiatrie, améliorant le regard des Français sur cette discipline médicale et ainsi réduire les réticences à aller vers le soin.

## Résumé de l'article en français

### Objectifs

Les pairs aidants en santé mentale sont des personnes rétablies d'un trouble psychique ou présentant un trouble neurodéveloppemental, qui accompagnent d'autres usagers en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. On parle de pairs aidants professionnels quand cette pratique est formalisée, rémunérée, encadrée par un contrat de travail et qu'ils sont intégrés dans une équipe de soin. L'intérêt d'une prise en charge par des pairs aidants pour les usagers, en particulier dans le contexte de réhabilitation en France, a rarement été étudié. Notre étude a pour objectif d'explorer et comprendre les bénéfices pour les usagers à rencontrer et à être accompagné par un pair-aidant professionnel au centre de réhabilitation psychosociale de Lyon.

### Méthodes

Notre étude qualitative a été menée auprès de 14 usagers qui ont bénéficié de l'intervention d'un pair-aidant professionnel au centre de réhabilitation psychosociale. Les données ont été collectées lors d'entretiens semi directifs entre février et juin 2019. Les entretiens étaient enregistrés. Les données ont été analysées de façon indépendante par deux chercheurs en se fondant sur une analyse thématique.

### Résultats

Cinq thèmes ont émergé.

Rencontrer un pair-aidant professionnel est une nouveauté pour les usagers comme pour les professionnels. D'ailleurs, les attentes des usagers étaient incertaines.

Après avoir rencontré les pairs aidants, les usagers les décrivent comme des professionnels ayant une compétence inédite : leur savoir expérientiel.

Les usagers ont souligné que le partage d'expériences avec des pairs aidants complétait la prise en charge des autres soignants et favorisait leur rétablissement.

Les usagers ont également reconnu certaines limites à cette pratique, comme sa pertinence réduite dans le cas de troubles psychiques chroniques et l'existence d'un cadre trop souple lors des rencontres.

Enfin, certains usagers ont fait part de leur souhait de travailler aussi en tant que pair-aidant professionnel.

## **Conclusion**

Notre étude suggère que les usagers semblent favorables à l'accompagnement par un pair-aidant. De plus la pair-aidance professionnelle semble être un nouvel outil en faveur du rétablissement.

Ces résultats sont conformes à ce que l'on retrouve dans la littérature internationale et encouragent l'expansion du travail des pairs. Toutefois, des recherches plus approfondies sont nécessaires.



**ARTICLE SOUMIS A PUBLICATION**

## **Benefits of professional peer support for users in a psychosocial rehabilitation center.**

### **Results of a qualitative study.**

Dias. M.<sup>1</sup>; Franck. N.<sup>1,2,3</sup>; Muller. A-E.<sup>2,4</sup> ; Lasserre. E.<sup>1,6</sup> ; Guioux. A.<sup>4,6</sup> ; Niard. C.<sup>2</sup> ; Antoine. L.<sup>2</sup> ; Barathon. V.<sup>2,3</sup> ; Demily. C.<sup>1,5</sup> ; Cervello. S.<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Lyon 1 University, Lyon, France

<sup>2</sup> Resource psychosocial rehabilitation center, Le Vinatier hospital, Lyon, France

<sup>3</sup> Adult Autism Spectrum Disorders Unit, Le Vinatier hospital, Lyon, France

<sup>4</sup> Lyon 2 University, Lyon France

<sup>5</sup> Genopsy, Le Vinatier hospital, Lyon, France

<sup>6</sup> CNRS/UMR 5600 « Environnement Ville Société »

### **Abstract**

#### **Objective**

A few people who have experienced mental illness and recovery are employed as “peer workers” to provide support to other psychiatry users. Little is known about impacts on users of professional peer support, in the French context particularly.

This study aimed to explore and understand the benefits users can get from being accompanied by a peer worker in a psychosocial rehabilitation center in Lyon, France.

#### **Method**

A qualitative study was conducted involving 14 users who have benefited from the intervention of a peer worker in the psychosocial rehabilitation center.

Data were collected through semi-structured interviews, recorded and transcribed, between February and July 2019.

Data were analyzed independently by two researchers using thematic analysis method.

#### **Results**

Five themes were revealed.

The profession of peer worker was not well known by users before the meeting and expectations were uncertain.

After being accompanied by a peer, users saw them as professionals with experiential knowledge.

Users pointed out that sharing experiences with peer workers complemented the contribution of other caregivers and boosted their recovery.

Users acknowledged some limits to this practice such as its decreased relevance in case of long-standing disorders and the existence of an over flexible framework.

Finally, some users mentioned they wished to become peer workers themselves.

### **Conclusion**

This study suggested that peer support is considered positively by users and appears as a new tool, complementing the other professionals' work.

These findings are consistent with the international literature and encourage the expansion of peer work. However, further research is needed.

### **Keywords:**

Peer worker, mental health, psychosocial rehabilitation center, qualitative research, recovery

### **1. Introduction**

Peer support is a model of mutual aid between people who suffer or have suffered from mental health disorders. Peer workers share their experiences with mental health service users to help them access appropriate living arrangements (Bocking et al., 2018; Gesmond, 2016a; Gordon & Bradstreet, 2015; King & Simmons, 2018; Simmons, Coates, Batchelor, Dimopoulos-Bick & Howe, 2018; Visa & Harvey, 2019; Walker & Bryant, 2013).

Although peer support has existed since the 1930s in informal volunteer-led groups, as illustrated by the famous Alcoholics Anonymous group (Le Cardinal et al., 2013; Cloutier & Maugiron, 2016; O'Hagan et al., 2010), the employment of peer workers in mental health services is a relatively recent phenomenon. Peer workers are defined as people who have experienced mental illness and recovery, and who can draw from experiential knowledge to help people with mental health troubles who are not as advanced as them in the recovery process (Launay & Maugiron, 2017). Thereby, the relation between the peer worker and the mental health user seems to be more one directional than in peer support groups (Fuhr et al., 2014). Peer workers turn their "experience into expertise" (Austin et al., 2014) in order to be a role model recovery (Holley et al., 2015). This job is based on the Social Learning Theory (Gillard et al., 2015; Cloutier & Maugiron, 2016; St-Onge, 2017). In addition to their experiential knowledge, they must also have communication skills, ability to work in a team and to manage group activities (Jacobson et al., 2012; Mead et al., 2001; Roucou, 2008). Moreover, they benefit most of the time from a professionalizing training before starting (Gagne et al., 2018) and ongoing training (Jacobson et al., 2012). They are part of a medical team and work in collaboration (Girard et al., 2010; Cloutier & Maugiron, 2016). Their roles greatly vary depending on the service in which they work. They provide service in group and in individual format such as psychoeducation, illness management, recovery skills support, life skills training, peer support, case management, communication with providers, address stigma, employment coaching, housing services and support citizenship (Gagne et al., 2018; King & Simmons, 2018). Peer support workers are also named consumer providers, peer educators, prosumers, peer support specialists, peer health mediators, qualified peer support (Gillard et al., 2014; Gillard et al., 2013; Repper & Carter, 2011).

Peer support jobs first developed in North America where the tradition of self-care is very strong (Roelandt & Staedel, 2016; Roelandt et al., 2015). The first employment program of peer support founded by The National Association of State Mental Health Program Director was initiated in 1989 (Le Cardinal et al., 2013; Gesmond, 2016a; Le Cardinal et al., 2008). Since then, it has greatly expanded in the US (Repper & Carter, 2011). For example, in 2017, as many as 1200 peers were employed in the department of Veterans Affairs (Gagne et al., 2018). Furthermore, the service provided by peer workers has been reimbursed by Medicaid in some states since 2001 (Salzer et al., 2010). Additionally, this profession has diversified (research work, involvement in mental health decision-making bodies) (Cloutier & Maugiron, 2016) and spread throughout the world, promoted by the Government in Scotland since 2006 (Gordon & Bradstreet, 2015), by the Fourth National Mental Health Plan in Australia (Henderson & Kemp, 2013), by the 2005-2010 and 2015-2020 Mental Health Action Plan in Quebec (Cloutier & Maugiron, 2016), by PEER 2 PEER program in Europe, by the Blueprint for mental health Services in New Zealand, by the Council of Ministers in 2004 in Belgium (Gesmond, 2016a) or even in Chile (Agrest et al., 2019) and in Hong Kong (Tse et al., 2014). In France, in the field of mental health, the employment of peers is recent. The first professional peers were employed by the team of Movement and Actions for Health and Social Recovery in 2005 in Marseille and by the housing first program in 2011. Those peers lived on the street and had an experience of mental disorder recovery (Estecahandy et al., 2015; Gesmond, 2016b; Rhenter, 2013; Villani & Kovess-Masféty, 2018). Experiments with peer workers in France have mainly developed following the implementation of the peer health mediator project by the WHO Collaborating Center since 2012 (Demailly et al., 2014; Godrie, 2016; Cloutier & Maugiron, 2016; Roelandt, 2017; Roelandt & Staedel, 2016; Roelandt et al., 2015). Currently, there are more than forty peer workers in France. Development of peer work is one of the priorities of the Five-Year Plan for Housing First and Combating Homelessness 2018-2022 (DIHAL, 2018).

Three peer workers are assigned to the Lyon Psychosocial Rehabilitation Center. Psychosocial rehabilitation is defined as a set of tools (psychoeducation, cognitive remediation, social cognition training, family support, social and professional reintegration techniques, etc.) and uses recovery-oriented approaches. It is aimed at improving the functional prognosis, quality of life and empowerment of people with mental disorders (Morin & Franck, 2017). In the Auvergne Rhone Alpes region, there are four psychosocial

rehabilitation reference centers. The Lyon reference center consists of two units. The CL3R unit aims at the recovery of patients with serious mental illness. The TS2A unit is more specifically dedicated to the psychosocial rehabilitation of people with autism spectrum disorder without intellectual deficiency.

The first peer worker was employed in 2017 in the CL3R. After obtaining a bachelor's degree "peer health mediator" in Paris 13, she has carried out clinical activities, research activities and educational activities to make health professionals know about her work through conferences or seminars. A second peer worker who followed the "resource person" training in Lyon was then recruited in TS2A and conducts individual interviews and psychoeducational groups exclusively with people suffering from autism spectrum disorders. Besides, a third peer worker since 2019 does research missions.

Generally, we can state that peer support is based on the same values and principles as recovery approaches (Mahlke et al., 2014; Salzer et al., 2010; Simmons et al., 2018). In addition, users themselves have developed this concept in the context of the users' advocacy movement by claiming their empowerment (Le Cardinal et al., 2013; Demailly, 2017). Recovery is defined as a personal and subjective process in which people with a mental illness learn to live a fulfilling social life and thus reach social insertion and citizenship (Austin et al., 2014; Fletcher et al., 2018; Parker et al., 2016; Rabenschlag et al., 2012; Vignaud, 2017). Recovery can include functional, personal, clinical and social recovery. Recovery-oriented practice and peer work promote a model based on the goals and strengths of a person (Mead et al., 2001; Repper & Carter, 2011). They aim at developing self-determination, hope, empowerment, acquisition of knowledge about the disorder, valuing experiential knowledge (Mary O'Hagan et al., 2010; Tse et al., 2014), eliminating stigma and discrimination. Peer workers do not only promote recovery, they embody it by working in a care service (Austin et al., 2014; Gordon & Bradstreet, 2015). Finally, the best integration for peers and the highest results for users are found in services with a professional recovery culture (McLean Joanne et al, 2009; Provencher et al., 2012).

That is why it seems appropriate to carry out a study on peer workers in a psychosocial rehabilitation service whose objective is to promote the personal recovery of people suffering from severe psychological disorders. Moreover, despite the promotion and uptake of peer support internationally, this practice remains little studied in the French context particularly.

## 2. Methods

In this study, qualitative research methods were chosen to explore and understand the benefits users can get from being accompanied by a professional peer in individual or in group, in the CL3R or in the TS2A.

A first explanatory time allowed us to discover the practice of professional peer support in CL3R or TS2A by meeting peer workers and their colleagues, and by taking part in a training workshop for peer workers. This exploration time was necessary to narrow the research questions. Then, semi-structured interviews were conducted using an interview guide based on preliminary field explorations and literature data. Data collection processes and analysis are described in Table 1.

The data were analyzed independently by two researchers using thematic analysis method (Braun et al., 2014) within NVivo 12 PRO software. We used an inductive approach: a process of coding the data without any reference to theoretical notions or researcher's preconceptions. This is a dynamic and iterative process. We identified the similarities and the differences between the accounts of each participant. After the interviews had been read several times, codes were generated and then clustered into themes. Finally, the codes and themes produced by the first and last authors were compared and discussed.

### **3. Results**

Interviews were completed with 14 participants, resulting in data saturation. Table 2 gives a brief description of participants' characteristics. Five themes emerged from participants' interviews. Table 3 summarizes the themes and sub-themes selected in this study.

#### **3.1. Meeting a professional peer worker: something new for both users and professionals**

##### **3.1.1. A job little known to users and professionals**

Most users knew little about peer support before the first meeting. Most of the time, users were informed they could meet a professional peer worker by a caregiver of the rehabilitation center (generally a doctor during a consultation).

Participants usually reported having received vague details about peer support. The definition could also vary depending on the professional who gave it. So, users had difficulty imagining what awaited them, especially as it was the first time they were meeting a professional peer worker.

*Michel: "They told me about it and gave me information about the person: who she was, what her job consisted in as I had never heard about it before. They asked me if I was interested in meeting her. I was told it was somebody who'd once somehow gone through the same problems as me, who was a former psychiatric user and had been working in a psychiatric unit since then."*

*Valérie: "They suggested I met a woman they called by her first name and thanks to her I saw what it was about ... Actually, I didn't know a thing before this meeting... I had been explained nothing about it."*

*Maxence: "People who turn their mental health experience into a job, it is quite new."*

Some users had already picked information about peer support on the Internet or had heard about it from other users or peer workers or drew a parallel between « informal » peer support they had already experienced and « professional » one.

*Marie: "I didn't knew anything about this job, neither its name nor its existence and I first knew about peer support on the rehabilitation center website."*

*Jean: "I was taking part in a psychoeducation group when I heard people starting to talk about peer support."*



*Vincent: "I also have a friend in Grenoble who works as a peer worker and who told me a little about it."*

### **3.1.2. What about the term: peer worker?**

It is not always clear among users. It is even more confusing as various terms are used to refer to the same reality (peer health mediator, peer worker...).

*Arthur: "Peer worker? Let's look up the word in the dictionary, I don't even know if it exists; I don't think so; it was surely fabricated."*

*Carole: "Sounds weird to me this term...really does..."*

### **3.1.3. Users' expectations before the meeting?**

Users didn't know what to expect, which increased their curiosity.

*Michel: "I was curious, knowing about it was what I expected first."*

*Jacques: "I didn't expect anything particularly. I just wanted to see what it was..."*

Expectations turned out to differ from what was expected from other professionals. Users expected more from professional peer workers than from informal peer support. They were also attached to the framework underlying such meetings, which made it easier for them to share their personal story.

*Michel: "A professional, it's his job; a certain level of expertise is expected from him; he has been trained for the job."*

*Louise: "I couldn't bring myself to confide in him if it was an informal meeting."*

### **3.1.4. A varied, flexible meeting procedure notwithstanding the formal framework prevailing at the rehabilitation center**

One has to observe, however, that within the CL3R or TS2A units, meetings are regulated by a system of appointments, which is less suited to "informal" meetings with peer workers. Peer workers' clinical activity consists of individual meetings with users who were sent by a caregiver or requested by users themselves and coanimations of groups. Among those interviewed, few just had group sessions and no individual meetings. These meetings greatly differed in terms of form, duration and content.

*Pierre: "Meetings last for about an hour... We talk about other more practical aspects of daily life."*

*Jacques: "Our meeting didn't last long, say about half an hour...We sort of shared personal experiences..."*

*Marie: "It's just like a talk ... it's an exchange actually; I'm not just the one who talks."*

*Valérie: "She was there to help me, by suggesting different things to me, by taking me out or by taking me to certain groups."*

These meetings were often described by users as more open-ended, less restricting, less formal than medical consultations for instance.

*Michel: "It's different from all other meetings I have here at the rehabilitation center. In fact, nothing is settled in advance, no regular appointments, nothing preestablished."*

*Valérie: "We'd talk over a cup of coffee."*

*Louise: "I feel free, it's really up to me to decide if I go on meeting this person or not."*

### **3.2. Peer support as seen by users**

#### **3.2.1. Drawing from one's experience: an unheard-of-expertise**

Most participants rapidly came to see peer workers as people who had once suffered from psychiatric disorders and whose skills resulted from their personal experience.

*Pierre: "Peer workers are people who use their expertise as former patients to help new patients."*

#### **3.2.2. Professionals whose practice is rooted in their individual experience of life**

Sharing their experience leads peer workers to disclose part of their story, to refer to their own mental disorder, to the medication they were on and to their progress on the path to recovery. Yet, it would not exceed the patient's expectations and was in keeping with his needs.

*Valérie: "She mainly talked to me about her teenage years, about her first symptoms and about how she had managed to make her stay in hospital less stressful."*

*Louise: "She won't lavish with personal details, but for example, if an event occurs... I can explain how I faced it and she will maybe tell me she might have reacted that way too."*

#### **3.2.3. Considering peer workers as true professionals**

Some peer workers would sometimes inform users about their training courses. Peer workers' complete integration into the running of the unit shows that they were really treated on an equal footing with other staff members. Peer workers' being paid for their

work was sometimes alluded to by the participants when discussing their professional status.

*Maxence: "I guess they receive training; they are explained to what extent they can intervene, how far they can go, what they can do and which limits not to exceed."*

*Maxime: "It really matters that they should work as a team with doctors, psychologists, nurses... and be close to them so that they can question them if needs be."*

*Michel: "It's a real job, she is paid for what she does."*

### **3.3. Specificity and benefits of meeting a peer worker**

#### **3.3.1. Achieving better understanding and identification through a shared experience**

Participants said that peer workers could understand them better as they had gone through the same experience, which improved the quality of their conversations.

*Arthur: "She understands people's illnesses better, unlike those who've never had to suffer from them."*

*Valérie: "She would always keep her former suffering experience in mind. She knew how to draw on it to help you, telling you: I can understand you perfectly on that head because I went through this and here is how you can solve your problem."*

There were also repeated mentions of peer workers' sympathy and well-meaning.

What mattered most for patients suffering from Asperger syndrome was their being able to meet someone who had experienced the same disorder as them and recovered. Patients suffering from other psychiatric disorders would insist less on that possibility to identify around a shared illness. Indeed, they were already acquainted with that identification process by having previously used psychiatric units' services.

*Luc: "Things would have been different if she'd had to face other kinds of trouble than autism ... Somebody with the same handicap as mine can understand me better and someone neurotypical won't understand me at all."*

*Louise: "I guess that's because that person has Asperger too ... We need to be understood, listened to, aware that the person in front of us echoes our own experience."*

*Marie: "To me peer support's real interest lies in that capacity to share a common disorder."*

### **3.3.2. Complementing the task of other caregivers**

Peer support comes as a complement to the task of other caregivers. Peer workers deal with users on an equal footing, sometimes acting as intermediaries between patients and other professionals.

*Jacques: "We were on an equal footing... She had experienced the same things as me, so I guess I sort of felt less shy than with doctors."*

*Michel: "They see you in a different way; it's not the same approach and they're easier to make connections with."*

Peer workers are thought to be better able to spot patients' personality traits, barring their identity as patients, which is what other professionals are more interested in.

*Maxime: "Peer workers are a bit like art therapists; they're the ones who work on the little part of you that goes right. That's it, doctors and nurses often work on what goes wrong with you."*

Peer workers are sometimes the ones with whom patients aren't afraid of questioning their medical care and who will allow them to express their fears and doubts.

*Maxence: "Peer workers are people who experienced the same things as you; Patients trust them far better than other caregivers. Peer workers will at one point allow you to ask questions and be in reasonable doubt concerning caregivers' expertise."*

### **3.3.3. Favoring recovery**

Peer workers were sometimes seen as role models. Their contribution to recovery from mental disorders is a success story which may be emulated and raise hope among patients, allowing them to make progress on the path to recovery.

*Jean: "Peer support gives you an opportunity to hope: it means sharing one's experience in terms of illness, medication and progress towards recovery as well; it tells you which steps to take in order to get out of it."*

*Michel: "It allows you to hope for recovery... she'd tell me about her past experience and where she stood now and I can truly say it helped me plan for tomorrow and imagine recovery was possible... It was like a breath of fresh air, a glimmer of hope that made me feel good."*

Peer workers' unique way of addressing mental illnesses helps users fight against self-stigmatization and progress towards coming to terms with their mental suffering.

*Carole: "Someone who has suffered from the same troubles as you will help you to come to terms with it as well."*

*Pierre: "It'll help you fight against the prejudices even you may have about your illness."*

Peer workers may also aid recovery through their special way of addressing patients' everyday problems, such as those arising from having to take medication daily, being isolated, running family life ... They can also act in order to secure patients' coming back to social life, thus helping them improve quality of life.

*Pierre: "Actually, their approach is more practical, maybe a bit less theoretical."*

*Louise: "At the opening of the session we somehow pick up the questions we'll address, discuss the difficulties we meet and find out what we can do to improve our daily life."*

*Valérie: "Opening up one's heart little by little to a peer worker was already a first step towards others."*

### **3.4. Setting limits to the practice from the users' viewpoint**

#### **3.4.1. A practice dedicated to which users?**

Many participants thought peer work would be most relevant at the beginning of the treatment. Following diagnosis, this help would allow patients to better understand their illness, find follow-up strategies and escape loneliness.

*Vincent: "Actually, at the very beginning, when I started having relapses, when I didn't feel good, meeting a peer worker would have helped; I guess there would have been a kind of imitation process."*

*Carole: "It would help those who are at the start of their troubles, by advising them on the steps to be taken, by stressing the importance of being on a regular medication, by teaching them how to spot warning signs. I think peer support is particularly beneficial to people who don't have an accurate view of their illness."*

#### **3.4.2. A necessary self-determination which can be disconcerting for some users**

Some participants have noticed that peer workers would not systematically renew appointments as doctors do but let them free to contact them again or not. That freedom

users had, to take an appointment or not, may sometimes disconcert them even if it increases empowerment. Some apparently wished the peer worker had contacted them again. Others tried to have informal meetings but without much success, which is easy to understand given the pattern of peer workers' activities as described above.

*Michel: "It's been a long time since we last met. So, I don't know how she's getting on and if she has asked about me. These are the limits of peer support: having no fixed rules, the freedom we had. If we had met by chance in a corridor, we could have talked but unfortunately she was not present when I tried to see her."*

Even so, patients can ask for peer workers' help if necessary and many users have their e-mail.

*Michel: "If I really wanted to contact her again, I think I easily could. I guess, well, I'm not sure, maybe I've got her personal phone number and e-mail or else I could contact her through the secretary."*

### **3.5. An opportunity for users to wish to become peer workers themselves**

Following their meeting with a peer worker, several participants told us about their wish to become a peer worker as well.

*Marie: "I was thinking about changing job and becoming a peer worker. It gave me food for thought, I told the peer worker about it, we talked about it and she advised me on that."*

*Jean: "I started being interested in peer support. And so I'm now on a training course to become a peer worker."*

On the contrary, others still didn't feel well enough to become peer workers, thinking they have difficulty sharing their personal story or taking on this double status as both a psychiatry user and a professional.

*Jacques: "I couldn't fancy myself becoming a peer worker referring to my pathology with each person I met... Talking about that is not a problem but I would find it hard to meet patients only."*

*Valérie: "I didn't decide to become a peer worker...because I didn't feel up to it, stable enough; I really was on the patient's side."*

#### 4. Discussion

This study was conducted to explore the potential benefits of peer support in a French psychosocial rehabilitation center.

Consistent with existing literature in other countries, we have found that most participants highlighted the value of peer workers having a similar life experience, which allowed a better understanding of users (Agrest et al., 2019; Demailly et al., 2014; Launay & Maugiron, 2017; L. Roelandt et al., 2015; Tse et al., 2014).

Another prominent theme that was congruent with existing literature was the complementarity with other psychiatric treatments. Peers and users seemed to be on an equal footing unlike the other professionals (Agrest et al., 2019; Demailly et al., 2014; Roelandt et al., 2015.; Scanlan et al., 2017; Walker & Bryant, 2013). The peer is also seen as facilitating the link between caregivers and users (Gillard et al., 2014, 2015; McLean Joanne, et al, 2009).

Other studies concluded similarly that participants identified support workers as recovery boosters (Lloyd-Evans et al., 2014; Scanlan et al., 2017) by being positive role models (Davidson & al., 2012; Gillard et al., 2015; Milton et al., 2017; Scanlan et al., 2017; Tse et al., 2014; Walker & Bryant, 2013). Their experience gives hope for the future to users (Davidson & al., 2012; Demailly et al., 2014; Fuhr et al., 2014; Gillard et al., 2015; Gordon & Bradstreet, 2015; King & Simmons, 2018; Lloyd-Evans et al., 2014; McLean Joanne et al, 2009; Repper & Carter, 2011; Scanlan et al., 2017; Tse et al., 2014; Walker & Bryant, 2013) and reduces the stigma associated with the disease (Gillard et al., 2015; McLean Joanne, et al, 2009; Repper & Carter, 2011). Moreover, most participants valued the tools offered to manage their daily life (Launay & Maugiron, 2017; Milton et al., 2017). The return to community life that is central in the recovery process is emphasized by participants and is also supported in the literature (Gillard et al., 2015; Henderson & Kemp, 2013; Repper & Carter, 2011).

Nevertheless, further studies are needed to draw final conclusions as other articles show different results. For instance, in the Stigma study, no significant difference has been found concerning the stigma whether users were helped by a peer worker or not (Roelandt, 2017). Likewise, the role model aspect is not emphasized by other studies (Walker & Bryant, 2013). Additionally, some participants said that peer support would be more relevant at the beginning of the illness (Rabenschlag et al., 2012). This seems all the more appropriate as

the literature suggests that peers promote engagement in care (Bocking et al., 2018; Davidson & et al., 2012; Gillard et al., 2015; Kulik & Shah, 2016).

However, some study respondents expressed the feeling that the framework of the intervention gave them too much freedom. Indeed, users are not used to decide how to organize their care. Nevertheless, this framework must be maintained in order to promote the patient's self-empowerment necessary for recovery.

Finally, a few participants talked about becoming peer workers themselves.

### **Study limitations**

Firstly, during the recruitment, the users who had seen the peer worker many times were more enthusiastic about taking part in the study. Thus, as these ones were quite satisfied with their experiences with peers, the results of the study may have been biased positively.

The framework of the study may seem to be a peer assessment and may have led to a positive evaluation of peer work. However, the two interviewers do not work in the psychosocial rehabilitation center nor do they work with peer workers, which reduces the risk of such a bias.

In addition, the number of participants was quite small. Yet, the researchers felt that they had reached a level of data saturation after 14 interviews, which is in line with the quality criteria of a qualitative study.

Besides, we have taken into account the interventions of peers with different training and specificity, which can make it difficult to interpret the results. But it may also have helped to understand peer work in its diversity.

Lastly, data cannot be generalized to patients receiving peer specialist services in other settings than rehabilitation.

### **Implications for practice**

This study contributes to highlight the specific benefits peer workers can bring to users. This is important in the current context of increased deployment of these workers. It suggests that it is relevant to provide peer support to boost recovery and important to hire peer workers in recovery services. Given the consistency with foreign literature, it can be assumed that the results are transferable to other rehabilitation centers. Nevertheless, further studies in France and more particularly quantitative ones are needed.



## **5. Conclusions**

This study offers additional information on how the role of peer worker is understood and experienced by users. Overall, patients reported benefits from being accompanied by a professional peer at the psychosocial rehabilitation center. Peers are seen as role models with whom they can identify and who help them move forward on the path of recovery.

Consistently with previous studies and encouraging the expansion of peer working, our results suggest that the introduction of peer support in psychosocial rehabilitation units is a new tool, which complements the other professionals' care. These findings are consistent with previous results and encourage the expansion of peer work.

However, the data in this article are not sufficient to draw conclusions on the benefits of peer workers interventions on psychiatry users. Practices and missions devoted to the peer worker can vary depending on local context. This is the first stage of a broader study based on the experience of users that will be conducted in other psychosocial rehabilitation centers in France (PAiR study). Further research using hypothetico-deductive methods are also needed.

### **Author contributions**

Peer workers (CN, VB and LA) helped design the study and provided participants' contact information. They were not involved in data collection and analysis. MD and AEM conducted the interviews. MD and SC analyzed the data. Research group meetings were conducted to discuss the results and to reach consensus on all findings. MD drafted the paper. All authors approved the final version.

### **Acknowledgments**

The authors would like to acknowledge all the users who participated in this study. We are also thankful to the peer workers who explained their job to us and help to design the study.

### **Funding**

This research was funded by the research scientific council of Le Vinatier Hospital (CSR C07) and Lyon 2 University, which we thank for their support.

### **Competing interests**

There were no known conflicts of interest for any of the authors involved in this study.

## Tables

Table 1.

Design of the study

**Qualitative approach**

Research paradigm	Constructivism
Ethical issues	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Written consent was obtained from all participants.</li> <li>- The recordings of the interviews were archived anonymously according to with the methodology approved of by the National Commission on Informatics and Liberties.</li> <li>- Ethical approval for this study was provided by the Ethics committee of the College of general medicine from Lyon 1 University under the reference IRB: 2019-03-05-02.</li> </ul>
Sampling	<p>Purposeful sampling strategy with maximum variation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To include patients that benefited from different peer workers interventions and that differed with age, diagnosis and stage of recovery;</li> <li>- To “challenge” the findings continuously by including participants who might invalidate what was previously found.</li> </ul>
Recruitment	<p>The recruitment of participants was conducted by phone. Their contact information was provided by peer workers. Researchers met the participants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To describe the study</li> <li>- To obtain their written consent.</li> </ul>
Participants	<p>Inclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Over 18 years old</li> <li>- Severe psychological disorder or autism spectrum disorder diagnosed according to the DSM-5 classification.</li> <li>- Be cared for in CL3R or TS2A for more than a month</li> <li>- Have benefited from the intervention of a professional peer at least once during the year 2018 or 2019.</li> </ul> <p>Exclusion criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acute decompensation of a psychiatric disorder at the time of recruitment</li> <li>- Poor understanding of the French language</li> <li>- Being under guardianship.</li> </ul>
Data collection period	Between February and July 2019.
Data saturation	<p>Data saturation according to the principle of theoretical sufficiency:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- When new participants were not adding anything significant to the database.</li> <li>- When the themes obtained offered enough explanatory framework in view of the data collected.</li> <li>- Two further individual interviews were conducted with no new themes emerging, so to ensure full data saturation.</li> </ul>

Data collection methods	<p>Individual semi-structured interviews in an interactive conversational style were used to get rich and detailed personal data from each participant.</p> <p>All interviews were:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducted in a private room in the rehabilitation center</li> <li>- Audio-recorded with participants' permission</li> <li>- Transcribed literally into verbatim.</li> <li>- Anonymized</li> </ul>
Duration of the interviews	From 30 to 60 minutes
Interviewers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A psychiatric trainee (MD)</li> <li>- An anthropologist (AEM)</li> </ul> <p>Interviewers have never worked either at the rehabilitation center or with peer workers.</p>
Data analysis	<p>Thematic analysis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To identify, analyze and report themes within data;</li> <li>- To identify the similarities and the differences in the participants' narratives;</li> <li>- To discern recurrent patterns and to integrate new elements that emerged from the analysis;</li> <li>- In a data-driven analysis with inductive approach</li> </ul>
Criteria to ensure validity	<p>Analysis conducted independently by two researchers (SC and MD)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To verify that the themes identified were an exact reflection of the data.</li> </ul> <p>Research group meetings:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- To discuss the results</li> <li>- To be supervised by two researchers more distant from the material (AG and EL).</li> <li>- To reach consensus on all findings</li> </ul>

Table 2. Participants' characteristics

<b>Name</b>	<b>Gender</b>	<b>Age</b>	<b>Department</b>	<b>Users' denomination of his/her own psychiatric disorder</b>	<b>Reasons for being cared for in a psychosocial rehabilitation center</b>	<b>Modalities of meetings with peer workers</b>
<b>Arthur</b>	M	42	CL3R	Not mentioned	Psychoeducation and vocational rehabilitation	Group "wish for a child"
<b>Carole</b>	F	41	CL3R	<i>Acute delirium, schizophrenia</i>	Unclear objective, was advised to come by the social services	Individual meetings
<b>Paul</b>	M	59	CL3R	<i>Hallucinations, schizophrenia</i>	Unclear objective, was advised to come by his psychiatrist	Group + individual meetings
<b>Pierre</b>	M	61	CL3R	<i>Bipolar disorder, depressive syndrome</i>	« A bit by chance » desire to be cared for in another town	individual meetings
<b>Jacques</b>	M	56	CL3R	<i>Hear voices, auditory hallucinations</i>	vocational rehabilitation	individual meetings
<b>Michel</b>	M	37	CL3R	<i>Mental health disorder</i>	was advised to come by his psychiatrist	individual meetings
<b>Luc</b>	M	39	TS2A	<i>Asperger syndrome</i>	Participation in discussion groups for Asperger patients	Psychoeducation group for Asperger patients
<b>Louise</b>	F	38	TS2A	<i>Asperger syndrome</i>	Having a diagnosis and then follow-up	individual meetings

<b>Marie</b>	F	50	TS2A	<i>Asperger syndrome</i>	Having a diagnosis	individual meetings + Psychoeducation group for Asperger patients
<b>Valerie</b>	F	29	CL3R	<i>Several diagnoses were given for me</i>	Wish to be rehabilitated	Individual meeting, informal meetings over a cup of coffee
<b>Maxime</b>	M	65	TS2A	<i>Asperger syndrome</i>	Having a diagnosis, helping the others through his experience	Individual meetings
<b>Vincent</b>	M	38	CL3R	<i>Bipolar disorder</i>	Psychoeducation	Group + individual meetings
<b>Maxence</b>	M	52	CL3R	<i>Bipolar disorder</i>	was advised to come by his psychiatrist for psychoeducation	Psychoeducation group for bipolar patient

Table 3. Highlights

---

<p>1. <u>Meeting a professional peer worker: something new for both users and professionals</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A job little known to users and professionals</li><li>• What about the term: peer worker?</li><li>• Users' expectations before the meeting?</li><li>• A varied, flexible meeting procedure notwithstanding the formal framework prevailing at the rehabilitation center</li></ul>
<p>2. <u>Peer support as seen by users</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Drawing from one's experience: an unheard-of-expertise</li><li>• Professionals whose practice is rooted in their individual experience of life</li><li>• Considering peer workers as true professionals</li></ul>
<p>3. <u>Specificity and benefits of meeting a peer worker</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Achieving better understanding and identification through a shared experience</li><li>• Complementing the task of other caregivers</li><li>• Favoring recovery</li></ul>
<p>4. <u>Setting limits to the practice from the users' viewpoint</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• A practice dedicated to which users?</li><li>• A necessary self-determination which can be disconcerting for some users</li></ul>
<p>5. <u>An opportunity for users to wish to become peer workers themselves</u></p>

---

## References

- Agrest, M., Le, P. D., Yang, L. H., Mascayano, F., Alves-Nishioka, S., Dev, S., Susser, E. S. (2019). Implementing a community-based task-shifting psychosocial intervention for individuals with psychosis in Chile : Perspectives from users. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(1), 38-45.
- Austin, E., Ramakrishnan, A., & Hopper, K. (2014). Embodying recovery : A qualitative study of peer work in a consumer-run service setting. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 879-885.
- Bocking, J., Ewart, S. B., Happell, B., Platania-Phung, C., Stanton, R., & Scholz, B. (2018). « Here if you need me » : Exploring peer support to enhance access to physical health care. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 27(4), 329-335.
- Braun V, Clarke V, Terry G. Chapter 7 Thematic analysis. In: Rohleder Poul, Lyons Antonia C., editors. *Qualitative Research in Clinical and Health Psychology*. Palgrave Macmillan; 2014. Palgrave Macmillan.
- Davidson, L. et al. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses : A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128.
- Demilly, L. (2017). L'idée de rétablissement-recovery : Dimensions, ambiguïtés, enjeux. *Rhizome*, N° 65-66(3), 6-7.
- Demilly, L., Bèlart, C., Roux, C. D. L., Dembinski, O., Farnarier, C., & Garnoussi, N. (2014). Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : Une innovation controversée. 75.
- DIHAL : Interministerial delegation to housing (2018, décembre 11). Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement.
- Estecahandy, P., Revue, P., Sénat, M.-L., & Billard, J. (2015). Le rétablissement. L'exemple du programme français « Un chez-soi d'abord ». *Empan*, n° 98(2), 76-81.
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S., Sutherland, G., King, K., Tellez, J. J., ... Brophy, L. (2018). Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28.
- Fuhr, D. C., Salisbury, T. T., De Silva, M. J., Atif, N., van Ginneken, N., Rahman, A., & Patel, V. (2014). Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes : A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1691-1702.
- Gagne, C. A., Finch, W. L., Myrick, K. J., & Davis, L. M. (2018). Peer Workers in the Behavioral and Integrated Health Workforce : Opportunities and Future Directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6, Supplement 3), S258-S266.
- Gesmond, T. (2016a, juillet 13). La pair-aidance. Working document. Interministerial delegation to housing (DIHAL).

Gesmond, T. (2016b, octobre). Le programme expérimental « Un chez soi d'abord » Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche.

Gillard, S., Edwards, C., Gibson, S., Holley, J., & Owen, K. (2014). New ways of working in mental health services: A qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13, 188.

Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J., & Lucock, M. (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: A qualitative research study. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(5), 435-445.

Girard, V., & et al. (2010). Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins. *Pluriels*, (85/86), 1-16.

Godrie, B. (2016). Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, (2), 89-104.

Gordon, J., & Bradstreet, S. (2015). So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World Journal of Psychiatry*, 5(2), 160-166.

Guylaine Cloutier, & Philippe Maugiron. (2016). La pair aide en santé mentale : L'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, (9), 755.

Henderson, A. R., & Kemp, V. (2013). Australian consumer perceptions of peer support. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 5(3), 152-156.

Holley, J., Gillard, S., & Gibson, S. (2015). Peer Worker Roles and Risk in Mental Health Services: A Qualitative Comparative Case Study. *Community mental health journal*, 51.

Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Services Research*, 12(1), 205.

King, A. J., & Simmons, M. B. (2018). A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 69(9), 961-977.

Kulik, W., & Shah, A. (2016). Role of peer support workers in improving patient experience in Tower Hamlets Specialist Addiction Unit. *BMJ Quality Improvement Reports*, 5(1).

Launay, C., & Maugiron, P. (2017). Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 741-746.

Le Cardinal P, & et al. (2008). Le « pair-aidant », l'espoir du rétablissement. *Santé mentale*, 133, 69-73.



Le Cardinal, P. L., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, Volume 89(5), 365-370.

Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., ... Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 14(1), 39.

Mahlke, C. I., Krämer, U. M., Becker, T., & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services: *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 276-281.

Mary O'Hagan, Céline Cyr, Heather McKee, & Robyn Priest. (2010, 2016). *Making the Case for Peer Support* | Mental Health Commission of Canada.

McLean Joanne, et al. (2009). Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme. Scottish Government Social Research.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.

Milton, A., Lloyd-Evans, B., Fullarton, K., Morant, N., Paterson, B., Hindle, D., ... Johnson, S. (2017). Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. *BMC Research Notes*, 10(1), 588.

Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:100.

Parker, S., Dark, F., Newman, E., Korman, N., Meurk, C., Siskind, D., & Harris, M. (2016). Longitudinal comparative evaluation of the equivalence of an integrated peer-support and clinical staffing model for residential mental health rehabilitation: A mixed methods protocol incorporating multiple stakeholder perspectives. *BMC Psychiatry*, 16, 179.

Provencher, H., Gagné, C., Legris, L., & Lafontaine, H. L.-H. (2012). L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté : Points de vue de divers acteurs. 9.

Rabenschlag, F., Hoffmann, H., Conca, A., & Schusterschitz, C. (2012). Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *The Psychiatric Quarterly*, 83(2), 209-220.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392-411.

Rhenter, P. (2013). Vers un chez-soi. *Le sociographe*, n° 42(2), 59-66.

Roelandt, J.-L. (2017, novembre 23). La recherche « médiateurs de sante-pairs » dans trois régions françaises : Bilan et perspectives.

Roelandt, J.-L., & Staedel, B. (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : Une révolution intranquille*. Doin éditeurs, Editions John Libbey Eurotext.

- Roelandt, L., Staedel, B., Rafael, F., Marsili, M., & Francois, G. (2015). Programme Médiateurs de Santé Pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014. 60.
- Roucou, S. (2008). Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *L'information psychiatrique*, Volume 84(10), 913-921.
- Salzer, M. S., Schwenk, E., & Brusilovskiy, E. (2010). Certified peer specialist roles and activities: Results from a national survey. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 61(5), 520-523.
- Scanlan, J., Hancock, N., & Honey, A. (2017). Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*, 17, 307.
- Simmons, M. B., Coates, D., Batchelor, S., Dimopoulos-Bick, T., & Howe, D. (2018). The CHOICE pilot project : Challenges of implementing a combined peer work and shared decision-making programme in an early intervention service. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 964-971.
- St-Onge, M. (2017). Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. *Rhizome*, N° 65-66(3), 31-32.
- Tse, S., Tsoi, E. W. S., Wong, S., Kan, A., & Kwok, C. F.-Y. (2014). Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: Preliminary evaluation and experience. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 211-218.
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : Se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico-psychologiques*.
- Villani, M., & Kovess-Masféty, V. (2018). Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : État de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale*, 44.
- Visa, B., & Harvey, C. (2019). Mental health carers' experiences of an Australian Carer Peer Support program: Tailoring supports to carers' needs. *Health & Social Care in the Community*, 27(3).
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28-34.

## Discussion

Notre étude avait pour objectif d'explorer et comprendre les bénéfices pour les usagers à rencontrer et à être accompagné par un pair-aidant professionnel lors de leur parcours de réhabilitation psychosociale.

Les usagers interviewés dans le cadre de l'étude ont fait des retours positifs sur plusieurs aspects de leur accompagnement par un pair-aidant, en accord avec la littérature.

Tout d'abord, le fait de pouvoir s'identifier à une autre personne ayant le même vécu semble essentiel pour ces patients qui se trouvent souvent isolés (21,27,30,35). Les connaissances expérientielles, spécificité de cette nouvelle profession, complètent le savoir des autres soignants. De surcroît, les usagers ont le sentiment de pouvoir échanger plus simplement avec les pairs, par une meilleure compréhension, dans le cadre d'une relation plus horizontale (5,21,27,41). Les pairs renforceraient également l'alliance thérapeutique avec les soignants (10,42,43).

De plus, les pairs aidants sont vus comme des modèles (5,30,36,41,42,44). Ils redonnent ainsi espoir aux usagers dans leur propre rétablissement (4,5,7,10,20–22,30,36,41,42,45,46). Ils favorisent également le rétablissement (41,46,47) par des interventions permettant de déstigmatiser les troubles (7,10,42), d'apporter des outils pratiques pour la gestion du quotidien (29,44) et d'aider au retour dans la communauté (7,33,42).

Cependant, des recherches supplémentaires semblent nécessaires pour tirer des conclusions définitives, car certaines études retrouvent des résultats différents. Dans le cadre de la recherche *Stigma*, par exemple, il n'a pas été retrouvé de différence significative à l'échelle ISMI (International Stigma Mental Illness) qui évalue la stigmatisation à 0, 6 et 12 mois auprès des usagers ayant été accompagné par un Médiateur de Santé Pair (47). Le rôle de modèle n'est pas non plus retrouvé dans d'autres études (5).

La limite notée par les usagers interviewés est la liberté que le cadre des rencontres leur laissait. En effet, les usagers ne semblent pas habitués à être à l'initiative des décisions dans leur prise en charge, et avoir le choix de reprendre ou non rendez-vous pouvait les rendre perplexes. D'autres participants trouvaient que cet accompagnement serait surtout pertinent au début de la prise en charge afin de mieux comprendre son trouble et y faire face. Cela renforce les arguments en faveur d'un accompagnement par des pairs aidants lors des premières décompensations psychiques (48).

Qui plus est, un des usagers rapporte que « le pair aidant va permettre à un moment d'être dans la remise en question, le doute raisonnable par rapport aux connaissances que peuvent avoir les soignants ». Nous retrouvons dans la littérature que travailler avec des pairs aidants professionnels peut permettre aux soignants de mettre en place une réflexion sur leurs pratiques (5,27).

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous n'avons pas abordé certains avantages apportés par la pair-aidance. Plusieurs études rapportent que dans les services où des pairs aidants travaillent, on observe une diminution de la durée et du nombre d'hospitalisations (22,49–55). Cela n'est pas confirmé par Pitt et al. (56), qui notent néanmoins une réduction de l'utilisation des services d'urgence. On retrouve également que les pairs aidants auraient permis de développer des services axés sur le rétablissement (18,57).

Cette nouvelle profession serait également bénéfique aux pairs aidants en augmentant leur estime d'eux même (7,10,25) et en favorisant leur rétablissement (5,7,29,58,59).

Il serait également pertinent de s'intéresser dans une prochaine étude à la durée de l'accompagnement des usagers par des pairs aidants professionnels. En effet, dans la littérature, les bénéfices apportés par le soutien des pairs semblent décroître avec le temps. Trois études retrouvent par exemple des effets positifs à 6 mois de suivi avec un pair aidant (une réduction du nombre d'hospitalisation (55), une avancée vers le rétablissement (48) ou encore une meilleure acceptation et compréhension de la part des pairs aidants (60)) qui ne sont plus retrouvés à 12 mois.

Enfin il est important de signaler que cette étude a été réalisée au sein d'un centre de réhabilitation qui présente les critères identifiés par la littérature favorisant l'efficacité du travail des pairs aidants, à savoir un service orienté rétablissement (10,18) employant des pairs aidants formés et supervisés (5,18,27,43) et ayant une définition claire de leur poste (5,8,11,36). Des conditions aussi idéales ne sont pas toujours réunies. Certaines études soulignent que des pairs aidants professionnels présentent des difficultés, à savoir un isolement, de la précarité, une charge de travail trop importante, un statut peu clair, un manque de reconnaissance, un manque de réseau ou encore un manque de solidarité entre pairs (1,12,18,40,44).

## **Conclusion**

L'accompagnement par un pair aidant est apprécié par les usagers de notre étude. Ils le voient comme une plus-value par rapport aux autres soins dont ils bénéficient au centre de réhabilitation psychosociale. Cette constatation est concordante avec ce que l'on retrouve dans la majorité de la littérature étrangère.

Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires, cette étude nous amène à penser que l'emploi de pairs aidants est pertinent pour favoriser le rétablissement des patients.

## Bibliographie

1. Simmons MB, Coates D, Batchelor S, Dimopoulos-Bick T, Howe D. The CHOICE pilot project: Challenges of implementing a combined peer work and shared decision-making programme in an early intervention service. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(5):964-71.
2. Bocking J, Ewart SB, Happell B, Platania-Phung C, Stanton R, Scholz B. « Here if you need me »: exploring peer support to enhance access to physical health care. *J Ment Health Abingdon Engl*. août 2018;27(4):329-35.
3. Visa B, Harvey C. Mental health carers' experiences of an Australian Carer Peer Support program: Tailoring supports to carers' needs. *Health Soc Care Community*. 2019;27(3):729-39.
4. King AJ, Simmons MB. A Systematic Review of the Attributes and Outcomes of Peer Work and Guidelines for Reporting Studies of Peer Interventions. *Psychiatr Serv Wash DC*. 01 2018;69(9):961-77.
5. Walker G, Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatr Rehabil J*. mars 2013;36(1):28-34.
6. Godrie B. Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Rev Francaise Aff Soc*. 22 juin 2016;(2):89-104.
7. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health Abingdon Engl*. août 2011;20(4):392-411.
8. Cabral L, Strother H, Muhr K, Sefton L, Savageau J. Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: insights from peer specialists, supervisors and clients. *Health Soc Care Community*. janv 2014;22(1):104-12.
9. Girard V, et al. Participation de patients rétablis aux interventions dans les services de soins. *Pluriels*. déc 2010;(85/86):1-16.
10. McLean Joanne, et al. Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme. *Scottish Government Social Research*; 2009.
11. Guylaine Cloutier, Philippe Maugiron. La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *Inf Psychiatr*. 2016;(9):755.
12. Vignaud A. La pair-aideance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Ann Méd-Psychol*. 2017.
13. Le Cardinal P, et al. Le « pair-aidant », l'espoir du rétablissement. *Santé Ment*. 2008;133:69-73.
14. Gesmond T. la pair-aideance - document de travail. DIHAL Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement. 2016.

15. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2001;25(2):134-41.
16. Roucou S. Au-delà de la loi du 11 février 2005... Les « pairs-aidants »... Comment faire d'une « fragilité » un atout pour mieux rebondir. *Inf Psychiatr*. 2008;Volume 84(10):913-21.
17. Jacobson N, Trojanowski L, Dewa CS. What do peer support workers do? A job description. *BMC Health Serv Res*. 19 juill 2012;12(1):205.
18. Gagne CA, Finch WL, Myrick KJ, Davis LM. Peer Workers in the Behavioral and Integrated Health Workforce: Opportunities and Future Directions. *Am J Prev Med*. 1 juin 2018;54(6, Supplement 3):S258-66.
19. Roelandt J-L, Staedel B. L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs : une révolution intranquille. Doin éditeurs, Editions John Libbey Eurotext; 2016.
20. Gordon J, Bradstreet S. So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World J Psychiatry*. 22 juin 2015;5(2):160-6.
21. Demailly L, Bélart C, Roux CDL, Dembinski O, Farnarier C, Garnoussi N. Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. :75. 2014.
22. Mary O'Hagan, Céline Cyr, Heather McKee, Robyn Priest. Making the Case for Peer Support | Mental Health Commission of Canada. 2010.
23. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskiy E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2010;61(5):520-3.
24. Pelletier J-F, Davidson L. À l'origine même de la psychiatrie comme nouvelle spécialité médicale : le partenariat Pinel-Pussin. *Santé Ment Au Qué*. 2015;40(1):19-33.
25. Cardinal PL, Roelandt J-L, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *Inf Psychiatr*. 17 juin 2013;Volume 89(5):365-70.
26. Collectif de pairs aidants et personnes en formation. Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale? Petit guide pratique à l'usage des équipes qui souhaitent se lancer.
27. Roelandt L, Staedel B, Rafael F, Marsili M, Francois G. Programme Médiateurs de Santé Pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014. :60.
28. Veit C. Ce que Mary Barnes nous enseigne de la pair aidance. *Inf Psychiatr*. 28 sept 2018;Volume 94(7):557-62.
29. Launay C, Maugiron P. Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2017;175(8):741-6.

30. Tse S, Tsoi EWS, Wong S, Kan A, Kwok CF-Y. Training of mental health peer support workers in a non-western high-income city: preliminary evaluation and experience. *Int J Soc Psychiatry*. mai 2014;60(3):211-8.
31. DIHAL. Développer le travail pair dans le champ de la veille sociale, de l'hébergement et du logement. 2018.
32. Provencher H, Gagné C, Legris L, Lafontaine HL-H. L'intégration de pairs aidants dans des équipes de suivi et de soutien dans la communauté: points de vue de divers acteurs. févr 2012;9.
33. Henderson AR, Kemp V. Australian consumer perceptions of peer support. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr*. sept 2013;5(3):152-6.
34. Gillard SG, Edwards C, Gibson SL, Owen K, Wright C. Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Serv Res*. 24 mai 2013;13:188.
35. Agrest M, Le PD, Yang LH, Mascayano F, Alves-Nishioka S, Dev S, et al. Implementing a community-based task-shifting psychosocial intervention for individuals with psychosis in Chile: Perspectives from users. *Int J Soc Psychiatry*. 1 févr 2019;65(1):38-45.
36. Davidson L, et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*. juin 2012;11(2):123-8.
37. St-Onge M. Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. *Rhizome*. 2017;N° 65-66(3):31-2.
38. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars.
39. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. WHO. Disponible sur: [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/fr/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/)
40. Villani M, Kovess-Masféty V. Les programmes de pairs aidants en santé mentale en France : état de situation et difficultés de mise en place. *L'Encéphale*. 1 mars 2018;44.
41. Scanlan J, Hancock N, Honey A. Evaluation of a peer-delivered, transitional and post-discharge support program following psychiatric hospitalisation. *BMC Psychiatry*. 1 août 2017;17:307.
42. Gillard S, Gibson SL, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(5):435-45.
43. Gillard S, Edwards C, Gibson S, Holley J, Owen K. New ways of working in mental health services: a qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014.



44. Milton A, Lloyd-Evans B, Fullarton K, Morant N, Paterson B, Hindle D, et al. Development of a peer-supported, self-management intervention for people following mental health crisis. *BMC Res Notes*. 9 nov 2017;10(1):588.
45. Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, van Ginneken N, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2014;49(11):1691-702.
46. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 14 févr 2014;14(1):39.
47. Roelandt J-L. La recherche « médiateurs de sante-pairs » dans trois régions françaises : bilan et perspectives. 2017.
48. Rabenschlag F, Hoffmann H, Conca A, Schusterschitz C. Who benefits from peer support in psychiatric institutions? *Psychiatr Q*. juin 2012;83(2):209-20.
49. Lawn DS, Smith A, Hunter K. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *J Ment Health*. 1 janv 2008;17(5):498-508.
50. Min S-Y, Whitecraft J, Rothbard AB, Salzer MS. Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: a survival analysis. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;30(3):207-13.
51. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of Peer Support in Reducing Readmissions of Persons with Multiple Psychiatric Hospitalizations. 2011;62(5):4.
52. Forchuk C, Martin M-L, Chan YL, Jensen E. Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. oct 2005;12(5):556-64.
53. Chinman MJ, Weingarten R, Stayner D, Davidson L. Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Ment Health J*. juin 2001;37(3):215-29.
54. Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 4 août 2018;392(10145):409-18.
55. Bouchery EE, Barna M, Babalola E, Friend D, Brown JD, Blyler C, et al. The Effectiveness of a Peer-Staffed Crisis Respite Program as an Alternative to Hospitalization. *Psychiatr Serv*. 3 août 2018;69(10):1069-74.

56. Pitt V, Lowe D, Hill S, Pictor M, Hetrick SE, Ryan R, et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 28 mars 2013;(3):CD004807.
57. Fletcher J, Hamilton B, Kinner S, Sutherland G, King K, Tellez JJ, et al. Working towards least restrictive environments in acute mental health wards in the context of locked door policy and practice. *Int J Ment Health Nurs.* 1 déc 2018;28.
58. Austin E, Ramakrishnan A, Hopper K. Embodying recovery: a qualitative study of peer work in a consumer-run service setting. *Community Ment Health J.* nov 2014;50(8):879-85.
59. Salzer MS, Darr N, Calhoun G, Boyer W, Loss RE, Goessel J, et al. Benefits of working as a certified peer specialist: results from a statewide survey. *Psychiatr Rehabil J.* sept 2013;36(3):219-21.
60. Sells D, Davidson L, Jewell C, Falzer P, Rowe M. The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC.* août 2006;57(8):1179-84.



Nom, prénom du candidat : DIAS Mélanie

## CONCLUSIONS

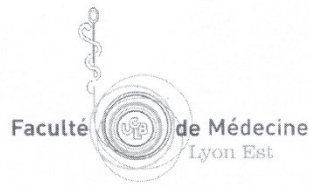
Les pair-aidants en santé mentale sont des personnes rétablies d'un trouble psychique ou d'un trouble neurodéveloppemental qui accompagnent d'autres usagers en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. On parle de pair-aidants professionnels quand cette pratique est formalisée, rémunérée, encadrée par un contrat de travail et qu'ils sont intégrés dans une équipe de soin. Au centre de réhabilitation psychosociale de Lyon, trois pairs aidants professionnels sont employés.

Cette profession est récente. L'intérêt d'une prise en charge par des pairs aidants pour les usagers, en particulier dans le contexte de réhabilitation en France, a rarement été traité par la littérature. C'est pourquoi il semblait pertinent de mener une étude qualitative, dont l'objectif était d'explorer les bénéfices pour les usagers à rencontrer et être accompagnés par un pair-aidant professionnel lors de leur parcours de réhabilitation psychosociale.

Pour répondre à cet objectif, nous avons interviewé 14 usagers du centre de réhabilitation psychosociale de Lyon. Les critères d'inclusion de notre étude sont définis par la présentation d'un trouble psychique sévère diagnostiqué selon les critères du DSM-5, la prise en charge dans le centre de réhabilitation psychosociale depuis au moins un mois et avoir bénéficié de l'intervention d'un pair-aidant professionnel au moins une fois au cours de l'année 2018 et/ou 2019. Les données ont été collectés lors d'entretiens semi directifs entre février et juin 2019. Les entretiens étaient enregistrés. Les données ont été analysées de façon indépendante par deux chercheurs en se basant sur une analyse thématique.

En accord avec la littérature, les usagers ont rapporté que l'identification à une autre personne partageant le même vécu était essentielle. Cette singularité de la pair-aidance était complémentaire avec les approches des autres soignants. Enfin, les pair-aidants étaient parfois vus comme des modèles permettant aux usagers d'avancer dans leur processus de rétablissement.

Notre étude nous amène à penser que l'introduction de la pair-aidance professionnelle dans les unités de réhabilitation psychosociale constitue un nouvel outil en faveur du rétablissement des usagers. Cependant malgré la concordance de nos résultats avec de nombreuses études étrangères, des études Françaises supplémentaires sont nécessaires. Notre recherche présente en effet certains biais, notamment concernant

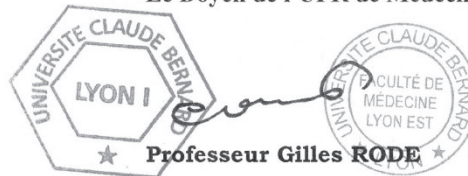


le recrutement des participants. Par ailleurs, nous retrouvons parfois des résultats contradictoires dans une partie de la littérature.

**Le Président de la thèse,**  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*

**Vu :**  
**Pour le Président de l'Université,**  
**Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

Centre ressource de  
réhabilitation psychosociale et de  
remédiation cognitive (CRR)  
Association francophone de  
remédiation cognitive (AFRC)  
**Pr Nicolas FRANCK**  
4, Rue Jean Sarrazin - 69008 LYON  
Tél. 04 26 73 85 37 - N° d'agrément 89 69 14417 69



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **06 SEP. 2019**

# DIAS MELANIE

## **Bénéfices de la pair-aidance professionnelle pour les usagers dans un centre de réhabilitation psychosociale. Résultats d'une étude qualitative.**

**Objectifs** Les pairs aidants en santé mentale sont des personnes rétablies d'un trouble psychique ou présentant un trouble neurodéveloppemental, qui accompagnent d'autres usagers en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. On parle de pairs aidants professionnels quand cette pratique est formalisée, rémunérée, encadrée par un contrat de travail et qu'ils sont intégrés dans une équipe de soin. L'intérêt d'une prise en charge par des pairs aidants pour les usagers, en particulier dans le contexte de réhabilitation en France, a rarement été étudié. Notre étude a pour objectif d'explorer et comprendre les bénéfices pour les usagers à rencontrer et à être accompagné par un pair-aidant professionnel au centre de réhabilitation psychosociale de Lyon.

**Méthodes** Notre étude qualitative a été menée auprès de 14 usagers qui ont bénéficié de l'intervention d'un pair-aidant professionnel au centre de réhabilitation psychosociale. Les données ont été collectées lors d'entretiens semi directifs entre février et juin 2019. Les entretiens étaient enregistrés. Les données ont été analysées de façon indépendante par deux chercheurs en se fondant sur une analyse thématique.

**Résultats** Cinq thèmes ont émergé. Rencontrer un pair-aidant professionnel est une nouveauté pour les usagers comme pour les professionnels. D'ailleurs, les attentes des usagers étaient incertaines. Après avoir rencontré les pairs aidants, les usagers les décrivent comme des professionnels ayant une compétence inédite : leur savoir expérientiel. Les usagers ont souligné que le partage d'expériences avec des pairs aidants complétait la prise en charge des autres soignants et favorisait leur rétablissement. Les usagers ont également reconnu certaines limites à cette pratique, comme sa pertinence réduite dans le cas de troubles psychiques chroniques et l'existence d'un cadre trop souple lors des rencontres. Enfin, certains usagers ont fait part de leur souhait de travailler aussi en tant que pair-aidant professionnel.

**Conclusion** Notre étude suggère que les usagers semblent favorables à l'accompagnement par un pair-aidant. De plus la pair-aidance professionnelle semble être un nouvel outil en faveur du rétablissement. Ces résultats sont conformes à ce que l'on retrouve dans la littérature internationale et encouragent l'expansion du travail des pairs. Toutefois, des recherches plus approfondies sont nécessaires.

## ***Benefits of professional peer support for users in a psychosocial rehabilitation center. Results of a qualitative study.***

**Objective** A few people who have experienced mental illness and recovery are employed as "peer workers" to provide support to other psychiatry users. Little is known about impacts on users of professional peer support, in the French context particularly. This study aimed to explore and understand the benefits users can get from being accompanied by a peer worker in a psychosocial rehabilitation center in Lyon, France.

**Method** A qualitative study was conducted involving 14 users who have benefited from the intervention of a peer worker in the psychosocial rehabilitation center. Data were collected through semi-structured interviews, recorded and transcribed, between February and July 2019. Data were analyzed independently by two researchers using thematic analysis method.

**Results** Five themes were revealed. The profession of peer worker was not well known by users before the meeting and expectations were uncertain. After being accompanied by a peer, users saw them as professionals with experiential knowledge. Users pointed out that sharing experiences with peer workers complemented the contribution of other caregivers and boosted their recovery. Users acknowledged some limits to this practice such as its decreased relevance in case of long-standing disorders and the existence of an over flexible framework. Finally, some users mentioned they wished to become peer workers themselves.

**Conclusion** This study suggested that peer support is considered positively by users and appears as a new tool, complementing the other professionals' work.

These findings are consistent with the international literature and encourage the expansion of peer work. However, further research is needed.

---

### **MOTS CLES**

Pair aidant professionnel, santé mentale, centre de réhabilitation psychosociale, recherche qualitative, rétablissement

### **KEYWORDS**

Peer worker, mental health, psychosocial rehabilitation center, qualitative research, recovery

---

### **JURY**

**Président :** Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK  
**Membres :** Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET  
Madame le Professeur Caroline DEMILY  
Madame le Docteur Evelyne LASSERRE  
Madame le Docteur Sophie CERVELLO

---

**ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR :** 74 rue Villon 69008 LYON

**ADRESSE EMAIL :** melanie.dias.dabrigeon@laposte.net