
En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinente à l'alcool, influence-t-il son rôle social ?

Auteur : Didricht, Manon

Promoteur(s) : Morsa, Maxime

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25358>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



LIÈGE université
Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation

**En quoi le statut de pair-aidant, chez une
personne abstinente à l'alcool, influence-t-
il son rôle social ?**

Mémoire présenté par

Didricht Manon

En vue de l'obtention du diplôme
de Master en Psychologie Clinique

Sous la direction de

Monsieur Maxime Morsa

Lecteurs :

Madame Manon Goosse

Monsieur Aurélien Cornil

Année académique 2025-2026

Remerciements

De manière générale, je tiens à remercier toute personne qui de près ou de loin a pu m'aider dans la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur, Monsieur Morsa, pour son soutien indéfectible même lors des moments de découragement et pour avoir toujours répondu présent à mes sollicitations. Ses conseils et son écoute m'ont permis de mener à bien ce travail de recherche qui clôture ces années d'études.

Je tiens également à remercier son assistante Madame Pelz pour les différents échanges que nous avons pu avoir, pour ses précieux conseils organisationnels et pour ses relectures avisées tout le long de ce travail.

Je remercie également Madame Goosse et Monsieur Cornil, tous deux lecteurs de ce travail, pour le temps accordé et l'attention portée à la lecture de celui-ci.

Mes remerciements vont également à tous les participants de cette étude qui m'ont accordé aussi bien leur temps qu'une partie de leur histoire. Au-delà de m'avoir permis d'accomplir ce travail, leurs témoignages m'ont appris bien plus qu'espéré tant sur le plan théorique qu'humain. Un merci tout particulier à Laurent Groven sans qui je n'aurais pas su réunir tous ces participants et qui m'a mise en contact avec la quasi-totalité des pairs-aidants participants à ce projet.

Pour finir, je tiens à remercier mes proches, ma famille et mes amis pour leur soutien durant toutes mes années d'étude ainsi que leur confiance en moi. Un merci particulier à ma maman pour la relecture de tout ce travail ainsi qu'à toutes les personnes qui ont relu ou m'ont aidé à un moment ou un autre dans la réalisation de ce travail. Merci à tous pour votre confiance et vos encouragements.

Résumé

La pair-aidance « correspond à une forme de relation d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes avec lesquelles ils partagent la même problématique. » (Castro, 2020, p.18). Ce concept, dont les origines remontent aux mouvements d'entraide comme les Alcooliques Anonymes, a émergé en Belgique dans les années 50, s'intégrant progressivement dans les processus de soins (Durand, 2020). Des études, comme celles de Tracy et Wallace (2016), montrent que la complémentarité entre la pair-aidance et les soins médicaux traditionnels présente de nombreux bénéfices pour les aidants aussi bien que pour les aidés. Cependant, l'intégration des pairs-aidants dans les institutions peine à se démocratiser, notamment en raison de la reconnaissance limitée de leur statut, soulevant des questions sur leur légitimité face à un savoir théorique (Waha, 2021 ; Castro, 2020).

Malgré ce début de développement de la pair-aidance dans les réseaux de soins en Belgique, les recherches à ce sujet restent limitées. En effet, on constate que peu de recherches ont été consacrées au rôle social que représente la pair-aidance dans le parcours de la personne abstinent, à la manière dont ce statut modifie la perception et l'intégration du passé de dépendance dans l'identité personnelle, mais également aux stéréotypes qui entourent l'alcoolisme ainsi qu'aux modalités d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes professionnelles. Le but de ce travail est donc d'explorer ces différents concepts afin d'enrichir la littérature déjà présente à ce sujet.

Pour ce faire, trois focus group composés de quatre à cinq personnes ont été organisés afin de discuter du vécu des pairs-aidants et des différents concepts présentés ci-dessus. L'analyse de ces groupes nous a permis de répondre à la question centrale de ce travail : "*En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinent à l'alcool, influence-t-il son rôle social ?*". Les résultats mettent en évidence que le statut de pair-aidant constitue un véritable vecteur de reconstruction sociale et identitaire pour la personne abstinent qui l'exerce. La discussion qui en découle pose les différentes limites de cette étude et ouvre plusieurs perspectives et pistes de réflexion pour de futures recherches.

Table des matières

1. Introduction	5
2. Revue de la littérature	6
2.1 La pair-aidance : contexte général	6
2.1.1 Définition de la pair-aidance.....	6
2.1.2 Qu'est-ce qu'un pair-aidant ?.....	6
2.1.3 Les origines de la pair-aidance	7
2.2 La pair-aidance en Belgique	8
2.2.1 Etat des lieux en Fédération Wallonie Bruxelles	8
2.2.2 Se former à la pair-aidance	9
2.2.3 Le statut du pair-aidant	10
2.3 Les Alcooliques Anonymes	10
2.3.1 L'origine des Alcooliques Anonymes	10
2.3.2 Les principes des Alcooliques Anonymes	11
2.4 L'évolution des soins en psychiatrie.....	12
2.4.1 La désinstitutionnalisation	12
2.4.2 L'empowerment.....	13
2.4.3 Le rétablissement	14
2.5 L'Identity.....	15
2.5.1 Définition du concept.....	15
2.5.2 Liens avec la pair-aidance.....	16
2.6 L'inclusion de pairs-aidants dans des équipes pluridisciplinaires	17
2.6.1 Les avantages à l'intégration	17
2.6.2 Les limites à l'intégration	18
2.7 La pair-aidance face à la stigmatisation.....	18
2.7.1 Les manifestations de la stigmatisation	19
2.7.2 Les conséquences de la stigmatisation.....	19
3. Question de recherche	21
4. Méthodologie	22
4.1 Les participants	22
4.2 Les critères d'inclusion	22
4.3 Les critères d'exclusion	22
4.4 Le recrutement	22
4.5 Les considérations éthiques	22
4.6 La collecte des données	23
4.7 L'analyse des données	24
5. Résultats	25
5.1 Thème 1 — Le vécu partagé comme fondement du rôle.....	25
5.1.1 Un langage et un savoir communs au service de la compréhension.....	25
5.1.2 Porter un message d'espoir	26

5.1.3	Savoir guider sans imposer	26
5.2	Thème 2 — Trouver sa place dans une équipe soignante malgré un cadre flou.....	27
5.2.1	Le pair-aidant comme complément de l'équipe soignante	27
5.2.2	Naviguer entre méfiance et intégration progressive	27
5.2.3	Être reconnu comme membre à part entière de l'équipe	28
5.2.4	Un cadre légal encore flou qui fragilise le rôle.....	28
5.3	Thème 3 — L'aide aux autres comme moteur de reconstruction de soi	29
5.3.1	L'estime de soi et l'auto-valorisation comme bénéfices du rôle	30
5.3.2	L'écoute des autres comme source de motivation dans le rétablissement....	30
5.3.3	La pair-aidance comme ouverture vers de nouvelles perspectives de vie	31
5.4	Thème 4 — Une identité hybride : être pair-aidant ET pair-aidé.....	31
5.4.1	Une identité double et indissociable	31
5.4.2	Une construction progressive : la dimension temporelle apportée par le groupe 3	32
5.4.3	Ne pas oublier d'où l'on vient : un ancrage identitaire.....	32
5.4.4	Une vigilance permanente sur sa propre fragilité	33
5.5	Thème 5 — La stigmatisation et l'alcool comme toile de fond du parcours	33
5.5.1	Des jugements qui isolent et freinent la demande d'aide	33
5.5.2	La difficulté à reconstruire des liens sociaux.....	34
5.5.3	Une double stigmatisation en tant que femme et mère	34
5.6	Thème 6 — Se préserver pour continuer à donner : fatigue émotionnelle et limites du rôle	35
5.6.1	L'épuisement émotionnel lié au partage d'un vécu douloureux	35
5.6.2	Prendre soin de soi et savoir poser ses limites	36
6.	Discussion.....	37
6.1	Rappels des résultats et la mise en lien avec la littérature	37
6.1.1	Le rôle social du pair-aidant dans le parcours de la personne abstinente	37
6.1.2	Comment le statut de pair-aidant modifie la perception et l'intégration du passé de dépendance	38
6.1.3	Les stéréotypes qui entourent l'alcoolisme et les modalités d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes professionnelles	40
6.2	Limites à la recherche	42
6.3	Perspectives futures	43
7.	Conclusion	45
8.	Bibliographie	47
9.	Annexe.....	54
9.1	Annexe 1 : Flyers	54
9.2	Annexe 2 : Formulaire de confidentialité au sein du groupe	55
9.3	Annexe 3 : Formulaire d'information au volontaire	56
9.4	Annexe 4 : Guide d'entretien	59

1. Introduction

Depuis plusieurs années, la pair-aidance tente de se trouver une place au sein des infrastructures de soins belges. Ce concept est défini comme une forme d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes partageant la même problématique (Castro, 2020). En d'autres termes, c'est partager un vécu commun entre une personne rétablie et une autre en cours de rétablissement. Ce partage de vécu offre une dimension que le seul savoir théorique ne peut atteindre et complète les modalités de prise en charge actuelles (Tracy & Wallace, 2016).

La pair-aidance trouve place dans divers domaines comme dans la sphère de la précarité ou dans le champ de la santé mentale et des addictions pour n'en citer que quelques-uns. Dans ce travail, nous nous intéresserons particulièrement au vécu de personnes abstinentes à l'alcool et à leur rôle de pair-aidant. Si les bénéfices de la pair-aidance commencent à être de plus en plus documentés dans la littérature, l'impact que ce statut peut avoir sur leur rôle social et l'influence qu'il a sur leur identité restent assez peu explorés. Ce sont donc ces dimensions qui ont motivé la réalisation de ce travail.

Ce mémoire cherche donc à répondre à la question suivante : *"En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinente à l'alcool, influence-t-il son rôle social ?"*. Pour ce faire, trois axes principaux seront questionnés : le rôle social que représente la pair-aidance dans le parcours de la personne abstinente, la manière dont ce statut modifie la perception et l'intégration du passé de dépendance dans l'identité personnelle et enfin, les stéréotypes qui entourent l'alcoolisme ainsi que les modalités d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes professionnelles. Une revue de la littérature existante sera d'abord présentée, suivie d'une démarche méthodologique qualitative reposant sur la réalisation de trois focus group, dont les résultats feront l'objet d'une analyse thématique réflexive avant d'être mis en lien avec la théorie lors de la partie discussion.

2. Revue de la littérature

2.1 La pair-aidance : contexte

Qu'est-ce que la pair-aidance, quelle est son origine et comment s'inscrit-elle dans le champ de la santé mentale et des addictions ? Si ce terme peut sembler complexe à première vue, sa signification est en réalité très simple : elle repose sur le fait qu'une personne ayant traversé une épreuve difficile puisse en aider une autre qui vit la même chose. Dans cette première partie du travail, nous définirons de manière plus approfondie ce que signifie concrètement la pair-aidance, son origine, quels en sont les acteurs et comment a-t-elle trouvé sa place au sein du paysage des soins de santé belges.

2.1.1 Définition de la pair-aidance

La pair-aidance « correspond à une forme de relation d'aide offerte par des non-professionnels à des personnes avec lesquelles ils partagent la même problématique. » (Castro, 2020, p.18). En d'autres termes, la pair-aidance utilise le vécu d'une personne rétablie, ou non, afin qu'elle transmette ses expériences à d'autres patients souffrant de la même difficulté. Ainsi, la pair-aidance trouve place dans divers domaines comme dans la sphère de la précarité ou dans le champ de la santé mentale et des addictions pour n'en citer que quelques-uns. Par le fait que le pair-aidant ait réussi à s'en sortir, il apporte une vision différente des prises en charge professionnelles et des parcours personnels vers le rétablissement.

2.1.2 Qu'est-ce qu'un pair-aidant ?

Analysons le sens lexical des deux termes composant ce mot valise pour en comprendre le sens plein. Le Larousse (Larousse, n.d.) définit le mot *pair* comme « des personnes de même rang (pairs de France, jugé par ses pairs) », ou encore comme « un synonyme d'«égal» ou «semblable» ». Un pair est donc une personne ayant connu par le passé une expérience similaire à celle que vit une autre personne. Il tire de son parcours des conseils basés sur l'expérience pour guider autrui. Le même Larousse (Larousse, n.d.-b) définit *aidant* comme une « personne qui s'occupe d'une personne dépendante (âgée, malade ou handicapée) ». Un aidant, lui, assiste donc une personne en perte d'autonomie.

Fusionnées, les deux définitions ci-dessus déterminent le pair-aidant comme celui qui partage son expérience personnelle de perte d'autonomie et de

reconstruction (pair) pour soutenir (aidant) une personne en quête de regain d'autonomie dans une situation similaire.

Comme l'article Waha (2021, p.55) « L'identification réciproque entre pairs permet de créer un lien et une proximité propices à un échange de savoirs et un travail sur les forces personnelles exempt d'effets souvent inhibiteurs du rapport soignant/soigné. » La collaboration ainsi initiée provoque de fait des échanges constructifs basés sur l'expérience personnelle et non sur la théorie médicale.

2.1.3 Les origine de la pair-aidance

Les prémices de la pair-aidance remontent à la fin du XVIIIe siècle, lorsque Jean-Baptiste Pussin, un ancien patient du Docteur Pinel, est engagé à l'hôpital Bicêtre à Paris. Ayant vu la relation de proximité qu'arrivait à instaurer Jean-Baptiste avec les patients, le Docteur Pinel décida de collaborer avec lui. En effet, Pussin, figure humaniste de son époque, puise dans son propre parcours psychiatrique afin de repenser la relation soignant-soigné. Il cherche à mettre un terme aux violences physiques des prises en charge de l'époque et replace le patient au centre de l'intervention, permettant l'établissement d'un lien thérapeutique à la contrainte physique. Suite à cette collaboration inédite entre un ancien patient et son médecin, naît une évolution dans le système de prise en charge des patients psychiatisés et devient ainsi un tournant dans ce qui constitue aujourd'hui la pair-aidance. (Le Cardinal et al., 2013 ; Rivallan, 2015)

C'est cependant outre-Atlantique que le concept de pair-aidance se développe de manière plus concrète. Dès la deuxième moitié du XIXe siècle, de petits groupes d'anciens buveurs se rassemblent aux États-Unis pour se soutenir mutuellement dans leur démarche d'abstinence. Ces cercles de rétablissement, d'origines protestantes tels que The Fraternal Temperance Societies (1840-1870) et The Ribbon Reform Club (1870-1890), constituent les premières formes de groupe de soutien par les pairs dans le champ des assuétudes. C'est également à cette époque que l'on intègre au sein des services d'addictologies, les premiers anciens usagers afin qu'ils transmettent leur vécu aux personnes en cours de soins. (Le Cardinal et al., 2013)

À la même période, l'Europe voit émerger ses propres dynamiques. Dès 1845, en Angleterre, la *Lunatic Friends' Society* fonde les premiers groupes de soutien par les pairs dans le champ de la santé mentale. Ce mouvement, porté par d'anciens patients protestant contre la manière dont les soins sont portés, aspire à leur restructuration. Ils souhaitent replacer l'expérience vécue au centre de la prise en charge au détriment des violences pratiquées en ce temps.

En 1935, à Akron, dans l'Ohio, la création des *Alcoholics Anonymous* marque une étape fondatrice dans ce changement de paradigme. Cette initiative offre à des personnes alcooliques une alternative aux institutions de traitement traditionnelles, souvent perçues comme stigmatisantes. (*Histoire Des AA – Alcooliques Anonymes*, n.d.) Réunis en groupes de discussion, ces individus partagent leurs expériences sans chercher à se conformer à des normes médicales établies. Cette forme de soutien mutuel s'inscrit dans une culture anglo-saxonne du *self-care*, où les soins personnels sont envisagés indépendamment — voire en opposition — à l'intervention institutionnelle. (Le Cardinal et al., 2013)

La pair-aidance moderne, telle qu'on la connaît aujourd'hui, trouve néanmoins ses racines profondes dans le militantisme des années 1960 et 1970. Émanant de la volonté des patients de regagner un contrôle sur leur propre parcours thérapeutique, ce mouvement marque le passage d'une logique d'assistance passive à une logique de participation active.

En Belgique, les premiers groupes des *Alcooliques Anonymes* ouvrent leurs portes en 1953, tandis qu'ils s'implantent en France dès 1960. Aujourd'hui, on recense quelque 200 groupes d'échanges francophones et 300 néerlandophones sur le territoire belge, témoignant de l'implantation durable de cette pratique dans le paysage de la santé mentale. (*Histoire Des AA – Alcooliques Anonymes*, n.d.)

2.2 La pair-aidance en Belgique

2.2.1 Etat des lieux en Fédération Wallonie Bruxelles

En Belgique francophone, bien que des exemples positifs d'intégration de pairs-aidants au sein de structures de soin aient pu être mis en avant, cette pratique peine encore à se développer. (Fransolet, 2017 ; Godrie, 2016 ; Tracy et Wallace, 2016). Les ASBL *Smes* et *En Route* (qui a cessé ses activités) ont développé une cartographie de la pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB). Cette cartographie, issue du guide méthodologique « La pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles » de 2019 de Muriel Allart et Sébastien Lo Sardo, permet de visualiser facilement les infrastructures travaillant avec des pairs-aidants et ce, dans différents domaines tels que : les assuétudes, la précarité, l'aide aux victimes ou encore le travail du sexe. A ce jour, 11 ASBL travaillant dans le champ des assuétudes accueillent des pairs-aidants dont 3 prennent en charge la dépendance à l'alcool. Parmi celles-ci, on compte l'ASBL *SESAME*, centre ambulatoire d'accueil et de soins pour les personnes dépendantes et qui engage des pairs-aidants principalement pour informer des risques suite à la consommation de substances lors de festivals. *Modus Vivendi*, structure située en Région de Bruxelles Capitale, agit pour la

réduction des risques liés à l'usage de drogues dont l'alcool. Elle engage 30 pairs-aidants bénévoles et ce, depuis 2002. Ils mènent leurs actions auprès d'un public festif afin de les sensibiliser à la prise de drogues mais également aux dangers qui en découlent : SIDA, hépatites, ... L'ASBL *Le chemin de la Renaissance* engage 4 pairs-aidants qui accompagnent des personnes désireuses de devenir abstinentes. (Allart et Lo Sardo, 2019)

L'ASBL *Ombrage*, non mentionnée dans ce guide, accueille également un pair-aidant le mercredi après-midi lors de leur café-papote autour de la thématique de la consommation et l'abstinence à l'alcool.

En Wallonie, les hôpitaux intègrent de plus en plus de pair-saidants au sein de leur service afin d'apporter une complémentarité à l'offre de soins proposés. Même s'il n'est parfois pas aisé de trouver des informations à ce sujet, plusieurs hôpitaux travaillant en collaboration avec des pairs-aidants ont pu être identifiés. Le Centre Louis Hillier engage deux pair-saidants qui dispensent des modules sur la thématique de la consommation d'alcool. L'Hôpital de jour de Lierneux intègre également des pairs-aidants au sein de son équipe. On peut compter aussi parmi les hôpitaux accueillant des pair-saidants les Hautes Fagnes à Malmedy, les Frères Alexiens, les Marronniers à Tournai, L'Hôpital Universitaire de Bruxelles, le service « Regina Pacis » du Beau Vallon et la HIC « La Parenthèse » de la Clinique Notre Dame des Anges.

2.2.2 Se former à pair-aidance

L'UMons propose depuis 2016 une formation « *Pair-aidance en santé mentale et précarité* » qui forme des pairs-aidants dans différents domaines de la santé mentale, des assuétudes et de la précarité. Cette formation s'adresse à toute personne ayant eu une expérience avec une souffrance psychique et /ou sociale et ayant su mobiliser les ressources nécessaires pour y faire face. La formation dure un an à raison d'un jour par semaine ainsi qu'un stage de 240h et permet d'apprendre l'écoute, le partage, la tolérance, notamment grâce aux partages du vécu de chacun mais également de développer une posture plus professionnelle et de prendre du recul sur son rétablissement. (*Formation Pair-aidance – Réseau Nomade*, n.d.)

ISOSL propose également le programme ARIS qui est une « *Académie du Rétablissement et de l'Inclusion Sociale Liégeoise* » et ce, depuis 2023. L'ARIS n'est pas une formation à la pair-aidance à proprement parler mais une porte vers le rétablissement et une occasion d'échanger avec des pairs et des professionnels autour d'une thématique commune.

La *Plateforme Buxelloise pour la Santé Mentale* a initié le projet l'AREV (L'Académie du Rétablissement et de l'Expertise de Vécu) qui s'adresse aux personnes ayant des troubles de santé mentale, des assuétudes ou encore des personnes ayant subi des traumatismes ou des

violences conjugales et/ou intra-familiales (violences verbales, physiques ou sexuelles). Elle accueille également des personnes précaires ou en situation d'exclusion sociale. L'AREV propose une formation à la pair-aidance/ expert de vécu divisée en trois modules. (*Académie Du Rétablissement Et De L'Expertise Du Vécu (AREV) | Plateforme Bruxelloise Pour La Santé Mentale*, n.d.)

Enfin, le Projet *PAT* (Peer ans Team Support) en collaboration avec L'ASBL *Smes*, est actif depuis 2020 dans la Région de Bruxelles Capitale et 2024 dans le reste de la Wallonie. Il ne propose pas directement des formations à la pair-aidance mais vise à accompagner les équipes désireuses d'engager un pair-aidant comme salarié. (*PAT - Peer and Team | SMES*, 2026b)

2.2.3 Le statut du pair-aidant

Le problème principal de ces formations est qu'elles n'offrent qu'une attestation de participation plutôt que l'obtention d'un diplôme reconnu qui certifie l'acquisition de compétences spécifiques. Cette absence de certification officielle, garantissant un ensemble de compétences clairement définies, représente actuellement l'un des principaux obstacles pour les pairs-aidants. En effet, selon Waha (2021), la question de la légitimité se pose lors de l'absence de reconnaissance d'une certification. Que ce soit pour le pair-aidant mais également pour l'équipe de soin qui peut dès lors mettre en doute leurs capacités de prise en charge. De plus, le statut de pair-aidant peine à être défini (notamment au niveau de l'ONEM où aucun statut n'encadre actuellement le rôle pair-aidant).

En fonction des structures, le pair-aidant est donc soit bénévole, soit salarié. On remarque cependant que le statut de bénévole prend largement le dessus sur celui de salarié, dû au manque de statut permettant l'engagement de celui-ci. Or, le fait d'être salarié offre une reconnaissance à la contribution du pair-aidant ainsi qu'une aide à son développement professionnel.

Le manque de formation mais surtout de reconnaissance du statut font que les pairs-aidants ne sont aujourd'hui pas encore assez mis en avant dans les structures existantes.

2.3 Les alcooliques anonymes

Si la pair-aidance peine encore à trouver un cadre formel en Belgique, ses racines dans le champ des assuétudes sont, elles, bien ancrées, notamment à travers le mouvement des Alcooliques Anonymes dont l'histoire et les principes sont présentés ci-dessous.

2.3.1 L'origine des Alcooliques Anonymes

Les Alcooliques Anonymes (AA) trouvent leurs racines dans le Groupe d'Oxford, un mouvement de partage d'expériences et de développement personnel fondé sur des principes spirituels. Le mouvement des Alcooliques Anonymes est né lors de la rencontre de Bill Wilson (Bill W.) et du Dr Bob Smith, deux alcooliques en quête de guérison. Ils se sont rendu compte qu'en échangeant ouvertement sur leurs expériences personnelles, ils étaient capables de s'entraider et de se comprendre de manière unique. Ce dialogue, qui reposait sur une écoute active et le partage des vécus, les amena tous deux à l'abstinence. (Le Cardinal et al., 2013)

Après leur rencontre, Bill et Bob ont fait une expérience convaincante avec un patient de l'hôpital municipal d'Akron, qui, après avoir été suivi par eux, parvint à cesser de boire. Suite à ce succès, d'autres groupes se sont formés à travers les Etats-Unis. En 1939, Bill Wilson et plusieurs membres fondateurs publièrent le manuel fondateur des AA intitulé "Les Alcooliques Anonymes", un ouvrage qui expose les principes, la philosophie et les méthodes de ce mouvement, incluant les 12 étapes et les 12 traditions des AA. Grâce à la parution de ce manuel et à la croissance rapide du mouvement, les AA se sont déployés au niveau mondial et sont arrivés en Belgique en 1953. Aujourd'hui, les Alcooliques Anonymes comptent près de 2 millions de membres dans 180 pays. (Le Cardinal et al., 2013 ; *Histoire Des AA – Alcooliques Anonymes*, n.d.)

2.3.2 Les principes des Alcooliques Anonymes.

Les Alcooliques Anonymes se basent sur le postulat que seul un alcoolique peut en comprendre un autre. Le but pour les membres est d'assister au plus de réunions possibles afin de maximiser leur chance d'abstinence. C'est donc pour cela que les membres des AA continuent de se rendre aux réunions après 10, 20 ou même 30 ans d'abstinence. Ces échanges continus avec d'autres abstinents leur permettent de faire ressortir les points de vigilance et de prévenir les possibles rechutes. De plus, ces échanges leur offrent la possibilité d'apporter leur expertise et leur vécu aux différentes personnes présentes. Au-delà de cette dimension de partage de vécu, les réunions poursuivent également un objectif de transformation identitaire plus profond.

Selon Young (2011), leur approche rejoint la théorie des construits personnels (TCP) de Kelly (1955), selon laquelle chaque individu perçoit et interprète le monde à travers sa propre grille de lecture. Modifier celle-ci induit un changement de paradigme favorable au rétablissement. Trois postulats illustrent ce lien entre TCP et principes des AA.

Premièrement, *la stigmatisation* sur l'alcoolisme influence fortement l'identité des personnes concernées. Face aux stigmas, celles-ci font face à un dilemme : accepter leur

dépendance en continuant à boire ou y renoncer en perdant leur principal mécanisme d'adaptation. Les AA cherchent donc à déconstruire cette vision stigmatisante en valorisant un vocabulaire positif et tourné vers l'avenir afin de favoriser la construction d'une nouvelle identité.

Deuxièmement, *la construction des événements*, soit la manière dont une personne anticipe et interprète ce qui lui arrive, est souvent biaisée chez les personnes alcooliques qui tendent à minimiser les effets négatifs de leur consommation. Les réunions offrent un espace de parole partagée permettant de réinterpréter cette consommation de façon objective, en mettant en lumière les bénéfices concrets de l'abstinence.

Troisièmement, *l'affiliation* souligne la tension entre identité individuelle et collective. Les personnes alcooliques s'isolent souvent, convaincues que personne ne peut les comprendre. Les AA recréent un sentiment de communauté en rassemblant des individus au vécu commun, tout en préservant l'anonymat de chacun afin de maintenir un équilibre entre appartenance collective et identité personnelle.

Par cette démarche de partage d'expériences entre des membres vivant une même problématique, les Alcooliques Anonymes ont posé les bases de ce que nous connaissons aujourd'hui comme la pair-aidance.

2.4 L'évolution des soins en psychiatrie

Afin de nous aider à mieux comprendre comment la pair-aidance s'inscrit dans le paysage des soins psychiatriques actuels, il est intéressant d'explorer les différentes transformations qu'a connus ce secteur au cours des dernières décennies. Divers changements de paradigmes tels que la désinstitutionalisation, l'empowerment et la notion de rétablissement ont amené à redéfinir la relation entre soignants et patients permettant une prise en charge plus humaine, inclusive et centrée sur l'expérience personnelle du vécu.

2.4.1 La désinstitutionalisation

La désinstitutionalisation en psychiatrie et le développement de la pair-aidance au sein des infrastructures belges sont deux phénomènes qui, bien que distincts, sont étroitement liés. En effet, ils participent à une transformation dans la façon dont les soins en matière de santé mentale sont envisagés et pris en charge.

Bien que le terme soit de plus en plus répandu dans notre société, il est difficile d'en trouver une définition exacte. Isabelle Hachez (2024, p.60) décrit l'institution comme « pensée en

opposition à l'autonomie individuelle ». Selon elle, la désinstitutionnalisation permettrait à chaque personne de retrouver sa liberté, sa puissance d'agir et d'être finalement qui il est.

De son côté, François Chapiro (2021) l'envisage comme un changement de paradigme concernant la perception des soins de santé mentale. Fini ce que l'on considérait autrefois comme l'asile, ces grands établissements qui enfermaient les patients et les privaient de liberté ; aujourd'hui, l'humain est replacé au centre de la prise en charge et sa parole est prise en compte.

Même si le principe de désinstitutionnalisation ne se limite pas à la psychiatrie, c'est bien ce secteur qui nous intéresse particulièrement dans ce travail. Le début de ce changement de paradigme remonte aux années 60-70 avec le développement d'alternatives aux structures asilaires en commençant par les services de santé mentale (Majerus, 2018). Ceux-ci ont été mis en place afin de perpétuer les soins dispensés en hôpital mais avec pour objectif de réintégrer la personne dans son milieu de vie ainsi qu'à favoriser son rétablissement et son autonomie.

Cette nouvelle façon de voir la prise en charge dans le secteur de la santé mentale met davantage l'accent sur le patient, ses différences individuelles et la prise en compte de son vécu. Il n'est plus demandé au patient de s'adapter à l'institution mais l'institution doit également s'adapter au patient et à sa vision des soins. François Chapiro (2021) souligne que cette psychiatrie post-asilaire se caractérise par de nombreuses formes d'accompagnement (équipes mobiles, logements supervisés, centres de crise), mais aussi par une volonté de construire des réseaux de soins horizontaux qui reconnaissent l'expertise des usagers eux-mêmes.

En Belgique, cette dynamique s'est concrétisée avec le Projet 107, initié en 2010. Il soutient une organisation des soins axée sur la désinstitutionnalisation, l'accompagnement personnalisé et l'inclusion sociale. Ce projet s'inscrit dans une démarche défendue par divers chercheurs et acteurs de terrain comme par exemple Isabelle Hachez qui défend une approche des soins basée sur les droits fondamentaux de liberté des personnes en souffrance psychique. (*Accueil - Réseau Partenaires 107*, 2025)

Le développement de la pair-aidance en Belgique s'inscrit dans la continuité de cette transformation des soins psychiatriques. La pair-aidance qui consiste à intégrer dans les services de soins des personnes ayant une expérience avec un trouble ou une souffrance psychique est étroitement lié à cette notion de désinstitutionnalisation valorisant l'autonomie, la prise en compte des différences individuelles et l'empowerment que nous définirons dans le paragraphe suivant.

2.4.2 L'empowerment

Le changement de paradigme initié par la désinstitutionnalisation des années 1960 est étroitement lié au concept d'empowerment, ou pouvoir d'agir, qui est devenu l'un des piliers des soins de santé à l'heure actuelle. (Haliday, 2018) Ce concept trouve son origine au XIXe siècle, dans les pays anglo-saxons, où le terme « *empowerment* » signifie « *donner du pouvoir* » (Bacqué & Biewener, 2013, p.7, cité par Deutsch, 2015, p.2). Ce terme renvoie à une démarche d'auto prise en charge ou de self-help où l'individu devient acteur de son propre rétablissement grâce à ses capacités à mener sa propre vie et à faire des choix rationnels (Deutsch, 2015).

Dans le champ de la santé mentale, l'empowerment vise à redonner du pouvoir au patient en lui permettant de prendre des décisions éclairées ainsi qu'en construisant son parcours de soin avec l'équipe soignante (Haliday, 2018). Cette transformation dans la prise en charge du patient implique, en outre, une transformation dans le rôle des professionnels. Les soignants ne sont plus les seuls détenteurs du savoir mais doivent également prendre en compte l'expertise que le patient possède de lui-même et de son vécu (Deutsch, 2015). Le rôle du professionnel ne vise plus uniquement à soigner mais aussi à accompagner, écouter et donner au patient une plus grande responsabilité de rétablissement.

Salzer (1997) définit l'empowerment comme un processus favorisant la participation active, le contrôle sur les décisions ainsi que le renforcement de l'estime de soi, de l'auto-efficacité et de l'engagement communautaire. Dans le cadre de l'abstinence à l'alcool, cela prend tout son sens : le soutien de personnes ayant emprunté un chemin similaire constitue une ressource précieuse permettant de maintenir la motivation, faire face aux rechutes et reconstruire un projet de vie.

Haliday (2018) rappelle toutefois que la reconnaissance symbolique, sociale et institutionnelle des pairs-aidants est une condition indispensable pour éviter leur instrumentalisation. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter un intervenant supplémentaire dans le parcours de soin, mais de redéfinir les rapports de pouvoir ainsi que de renforcer ces nouveaux rôles au sein des institutions. La pair-aidance devient donc une nouvelle façon de renforcer la désinstitutionnalisation déjà mise en place. En effet, en devenant des experts de leur vécu et en mobilisant cette connaissance d'eux-mêmes, ils reprennent du pouvoir sur leur propre rétablissement.

Désinstitutionnalisation et empowerment ont donc ensemble initié une profonde mutation dans la manière d'envisager le soin en replaçant la personne concernée au centre. Dans le champ de l'abstinence à l'alcool, ces changements font particulièrement sens : ils permettent aux

personnes concernées de sortir de la stigmatisation, de retrouver une identité positive et de devenir, à leur tour, des acteurs de changement pour les autres.

2.4.3 Le rétablissement

Le rétablissement ou « *recovery* » en anglais, n'est pas un concept nouveau dans le champ de la santé mentale puisqu'il a fait son apparition aux Etats-Unis vers la moitié du XIXe siècle lorsque des groupes d'anciens buveurs se réunissaient pour discuter de leur parcours dans l'abstinence. Ce sont, en quelques sortes, les précurseurs des Alcooliques Anonymes. (Cardinal et al., 2013).

Deux visions du rétablissement coexistent aujourd'hui. D'une part, une vision plus traditionnelle qui définit le rétablissement comme une absence de symptôme et donc de guérison et d'autre part une vision soutenue par la militante Patricia Deegan (1990), qui définit le concept de « *recovery* » comme un processus de changement, de découverte de ses nouvelles capacités et de ses limites. Avec cette vision, le rétablissement devient un parcours unique où la personne se découvre, apprend à relever les défis de la vie de tous les jours qui lui permettent de retrouver sa place dans une communauté. Le rétablissement, comme il est conçu à notre époque, va de pair avec le changement de paradigme qui prend forme depuis les années 60-70 dans le domaine des soins de santé et permet à la personne de réinventer sa vie et de sortir de cette identité de malade qui accompagne parfois certains patients. (Pachoud, 2012)

2.5 Illness Identity

Lorsqu'une personne est confrontée à la maladie qu'elle soit physique ou mentale, le corps ou l'esprit ne sont pas les seules dimensions à être touchées. En effet, la façon dont la personne malade se perçoit et se définit est également remise en perspective. C'est d'ailleurs ce qui se traduit derrière le concept d'*illness identity* : comment une personne parvient à intégrer sa maladie dans sa vision d'elle-même. Dans cette partie, nous nous concentrerons sur la construction de ce concept, comment il peut être utilisé par la personne et son lien avec la pair-aidance.

2.5.1 Définition du concept

Le concept d'*illness identity* occupe une place centrale dans l'étude des dynamiques de construction identitaire chez les personnes vivant avec une maladie chronique ou mentale. Défini par Yanos, DeLuca, Roe et Lysaker (2020) comme « l'ensemble des rôles et des attitudes qu'une personne développe par rapport à sa compréhension d'avoir une maladie

mentale » (p. 74), il désigne le sens que la personne donne au diagnostic posé et comment elle l'intègre dans sa définition de soi. Cette interprétation va donc au-delà d'un simple diagnostic médical, elle englobe également les expériences objectives de la personne sur ce qu'est la maladie mais également sur la compréhension subjective qu'elle s'en fait.

Différents éléments peuvent influencer la façon dont la personne va intégrer ce diagnostic. La théorie de l'étiquetage selon Link & Phelan (2001), Goffman, (1990) permet de comprendre à quel point la société et ses représentations jouent un rôle important dans la stigmatisation et les étiquettes qu'elles donnent aux personnes atteintes de maladies mentales. En effet, une vision négative de ce que sont les maladies mentales circule au sein de la société et peut amener certains d'entre nous à stigmatiser les personnes diagnostiquées comme telles. Scheff (1966) souligne également que la culture populaire (films, BD, jeux vidéo) contribue à renforcer ces stéréotypes et cette image négative de la maladie mentale en désignant ces personnes comme dangereuses. Ces représentations influencent la manière dont celles-ci s'auto-identifient, ce qui peut mener à l'auto-stigmatisation (Corrigan, 2005).

L'illness identity constitue donc un prisme par lequel un individu interprète son diagnostic et sa place dans la société. Ces visions négatives pouvant être véhiculées sur les maladies mentales peuvent amener la personne à une auto-stigmatisation. Celle-ci ne résulte pas uniquement de la vision que la société en a mais également de comment la personne intègre ces stigmas à sa représentation d'elle-même. Selon Wanyee, Veronica W. and Arasa, Dr. Josephine (2020), deux possibilités s'offrent à la personne : soit l'acceptation de ce diagnostic comme nouvelle part de son identité faisant émerger sa résilience dans son parcours de rétablissement soit l'acceptation de ces stéréotypes comme nouvelle identité entraînant une baisse de l'estime d'elle-même et un plus grand risque d'isolement et de dépression. (Yanos et al., 2010)

Le locus of control (Rotter, 1966) est défini comme « *le degré auquel un individu espère qu'une relation de contingence existe entre ses comportements et les résultats, à savoir, le contrôle qu'il exerce sur ses expériences de vie comparé aux forces externes* ». Couplé à l'illness identity, il peut avoir une influence sur le parcours de soin de la personne. En effet, une acceptation de l'identité de malade associée à un locus de contrôle interne favorisent l'espoir, la compliance thérapeutique et la qualité de vie, tandis qu'un locus de contrôle externe peut renforcer la passivité et la détresse psychologique (Marcos et al., 2007).

Si les recherches initiales se sont concentrées sur la schizophrénie, la notion s'applique également aux troubles addictifs. (Yanos et al, 2020) En effet, ces recherches montrent l'importance à accorder au concept d'illness identity. La manière dont la personne va se

percevoir suite à l'annonce du diagnostic va influencer, comme mentionné ci-dessus, l'auto-stigmatisation, l'estime de soi et sa compliance aux processus de soins. Il est donc important pour les soignants d'être informés de ces notions afin d'offrir une prise en charge adaptée à chaque personne.

2.5.2 Lien avec la pair-aidance

L'illness identity va donc de pair avec le concept de pair-aidance. Comme nous l'avons déjà mentionné à travers ce travail, l'identité de pair-aidant se construit à partir de l'expérience vécue de l'addiction et du rétablissement. Ce nouveau rôle offre à la personne une forme de reconstruction identitaire où le parcours dans l'addiction et l'abstinence devient une force pour lui ainsi qu'une aide pour autrui. Ce changement de paradigme est d'autant plus important que la stigmatisation des personnes alcooliques reste fort présente de nos jours. Passer d'un statut de malade à celui de pair-aidant permet de retrouver une certaine estime de soi mais également un rôle au sein de la société. L'illness identity se montre comme un concept central pour comprendre la construction identitaire du pair-aidant alcoolique.

2.6. L'inclusion de pairs-aidants dans des équipes pluridisciplinaires

Maintenant que nous avons exploré ce qu'est la pair-aidance, son origine et dans quel contexte elle s'inscrit, une question concrète se pose : que se passe-t-il réellement lorsqu'un pair-aidant intègre une équipe de soins ? Est-ce que ça fonctionne ? Pour qui, et à quelles conditions ? Dans cette partie, nous allons explorer ce que la littérature nous dit des avantages de cette intégration mais également des limites qui peuvent émerger de cette mise en place.

2.6.1 Les avantages à l'intégration

Tracy.K et Wallace.S.P (2016) ont mis en évidence une complémentarité de la prise en charge au sein d'un service de soins qui inclut des pairs-aidants avec les dispositifs déjà présents tels que la médication ou les prises en charge psychologiques. Les bénéfices de la pair-aidance qui en ressortent ne sont pas uniquement utiles pour les bénéficiaires de soin mais également pour les équipes soignantes et les pairs-aidants eux-mêmes.

En ce qui concerne les apports de la pair-aidance envers les bénéficiaires de soins, Reif et al. (2014), en ont mis quelques-uns en avant tels qu'une meilleure compliance aux traitements, une plus grande satisfaction dans la prise en charge et dans la relation avec les équipes soignantes ainsi qu'un plus faible taux de rechute. Les interventions des pairs-aidants ont donc un impact plus significatif que celles des professionnels car elles reposent sur une expérience personnelle et une identité partagée. Leur relation plus égalitaire enlève la barrière qui peut

exister dans une relation patient/professionnel. Il ressort également de la littérature que l'inclusion de pairs-aidants augmenterait l'espoir, l'estime de soi et la qualité de vie. Les pairs-aidés peuvent par la posture du pair-aidant s'identifier à lui, se sentir soutenu, compris dans une atmosphère empathique. Ils reconnaissent chez les pairs-aidants une juste compréhension des difficultés quotidiennes et de l'effort nécessaire pour provoquer le changement. Par le fait qu'ils s'en soient sortis, ils constituent également une preuve qu'il est possible d'y arriver et améliorerait par la même occasion la perspective d'avenir des pairs-aidés. (Fransolet 2019 ; Debruyne et Donners, 2020)

Les pairs-aidants offrent donc une diversification au niveau de la prise en charge et permettent à l'équipe soignante de mieux comprendre la problématique, le vécu des bénéficiaires et aident à mettre en place des interventions pertinentes et répondant au besoin de la personne (Godrie, 2016). Ils permettent également d'avoir un regard moins stigmatisant et d'apporter une dimension plus sociale et axée sur la qualité de vie. Ils sont en quelque sorte le lien entre les professionnels et les usagers et apportent une complémentarité à la prise en charge (Fransolet, 2019). Par leur parcours, les pairs-aidants offrent aussi aux professionnels un espoir de rétablissement envers les personnes qu'ils accompagnent.

Des avantages à la pair-aidance auprès des pairs-aidants ont aussi été mis en avant. Tacy.K & Wallace.S.P (2016) ont constaté auprès de ceux-ci, une augmentation de l'estime d'eux-mêmes, de leur confiance en eux ainsi que de leur capacité à faire face aux challenges. Leur réinsertion professionnelle améliorerait également leur qualité de vie et leur permettrait de continuer ce perpétuel chemin vers le rétablissement (Fransolet, 2019).

2.6.2 Les limites à l'intégration

Certaines contraintes quant à l'inclusion de pairs-aidants dans les institutions peuvent être mises en avant. Celles-ci ont été soulignées par différents auteurs comme Waha (2021), Castro (2020) ou encore Tracy K et Wallace S (2015).

Tout d'abord, la présence d'usagers aux côtés des professionnels de soins en santé mentale soulève des défis budgétaires et organisationnels. Il existe un accord général sur l'importance de rémunérer les usagers pour leur travail au sein des infrastructures. En effet, le fait d'être rémunéré leur permet d'avoir un statut au sein de l'équipe, au même titre que les autres professionnels et intervenants. Cependant, on constate que la majeure partie des pairs-aidants ont un statut de bénévole. Même si le bénévolat entraîne une plus grande flexibilité, il peut aussi précariser le/la pair-aidant(e). « *La pair-aidance n'est pas un instrument d'insertion socioprofessionnelle ou, pire, une main charitable tendue à d'ancien.ne.s usager.ère.s. Elle est*

l'inclusion d'intervenant.e.s à part entière, et dont l'expertise est déterminante dans l'accompagnement de publics fragilisés et dans l'évaluation des processus institutionnels qui les concernent. » (La pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles, état des lieux. Guide méthodologique, 2020).

2.7 La pair-aidance face à la stigmatisation.

Même si l'inclusion de pairs-aidants dans le paysages des soins de santé belge commence à se démocratiser, quelques réticences se font encore ressentir de la part de certains professionnels. En effet, le fait d'avoir soi-même vécu une maladie ou une dépendance peut être perçu par certains comme une faiblesse plutôt que comme une force. Cette perception négative, souvent sujette aux préjugés et à une méconnaissance du rôle, est ce qu'on appelle la stigmatisation. Dans cette partie, nous verrons comment elle se manifeste concrètement envers les pairs-aidants et quelles en sont les conséquences sur la mise en place de leur travail mais aussi sur leur bien-être.

2.7.1 Les manifestations de la stigmatisation.

L'intégration des pairs-aidants dans les équipes professionnelles constitue une avancée majeure dans la reconnaissance du savoir expérientiel. Cependant, la littérature met en avant que l'inclusion de pairs-aidants est parfois compliquée au sein des équipes soignantes de par leur statut particulier. En effet, la limite entre leur statut d'utilisateur et de professionnel peut créer une ambiguïté et susciter des résistances de la part des équipes en place. Certains collègues adoptent une attitude de rivalité en dévalorisant leurs contributions lors de discussions d'équipes et les stigmatisent de par leur passé de consommateur et d'une supposée fragilité qui les caractérisent. Une crainte que les pairs-aidants ne les remplacent existe également de la part du personnel. « *Certains voient leur métier de plus en plus dénaturé et craignent que le pair-aidant ne devienne un intervenant à moindre coût, obligé de travailler à temps plein, de révéler ses fragilités* ». (Sandron 2018). De plus, le manque de clarté dans le rôle du pair-aidant ne fait que renforcer cette rivalité au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

2.7.2 Les conséquences de la stigmatisation

Les effets de cette stigmatisation sont multiples pour les pairs-aidants. D'une part, ils peuvent la ressentir comme une façon de les placer en second plan et de n'être considérés que comme un simple outil, sans rôle réel ni reconnaissance. Cette instrumentalisation peut à terme, générer une forme d'auto-stigmatisation qui pourrait fragiliser leur confiance en eux et en leur

prise en charge mais aussi en leur sentiment d'appartenance à une équipe professionnelle entraînant un désengagement au travail (Roelandt et al., 2023).

Cette stigmatisation a également des effets directs sur les dynamiques au sein de l'équipe. Elle peut créer des tensions, créer de l'isolement et diminuer le travail collaboratif. Or, les études montrent que lorsque les pairs-aidants sont bien intégrés, leurs interventions favorisent le rétablissement des usagers et améliorent la qualité de l'accompagnement (Roelandt et al., 2023). À l'inverse, une intégration partielle limite l'impact positif de leur présence et réduit les effets du partage expérientiel et de la compréhension mutuelle.

Pour finir, les conditions d'emploi encore floues constituent une autre forme de stigmatisation. Les pairs-aidants ont souvent des statuts de bénévoles avec une faible rémunération comparée aux autres professionnels, ce qui les place dans une position inférieure et comme occupant une fonction dite secondaire (Charlier, É. & Sandron, L. 2018).

3. Question de recherche

La revue de la littérature nous a permis de constater que la pair-aidance commence, depuis une dizaine d'années, à se développer au sein des institutions belges. Si la mise en place de ce mouvement, qui repense les soins de santé, prend du temps — notamment en raison du manque de cadre entourant le statut des pairs-aidants —, divers hôpitaux et ASBL wallonnes ont déjà franchi le cap.

Nous avons cependant pu constater le manque de données en Belgique et particulièrement en Wallonie concernant l'impact que l'intégration de pairs-aidants au sein de structures peut avoir comme effet sur leur construction identitaire.

Cette étude a donc pour objectif d'apporter plus de précisions concernant le vécu de personnes pairs-aidantes et de répondre à la question suivante : « En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinente à l'alcool, peut-il influencer son rôle social ? »

Pour ce faire, trois axes principaux seront questionnés :

Rôle Social : Qu'est-ce que le fait d'être pair-aidant représente dans le parcours d'une personne abstinente ?

Illness Identity : Comment le statut de pair-aidant modifie-t-il la manière dont les personnes abstinentes perçoivent et intègrent leur passé de dépendants dans leur identité personnelle ?

Stigmatisation : Quels stéréotypes existent-ils autour de l'alcoolisme et des personnes qui en souffrent ? Mais également comment se passe l'intégration de pairs-aidants au sein d'une équipe professionnelle ainsi que le regard que celle-ci peut avoir sur cette nouvelle façon de travailler ?

4. Méthodologie.

4.1. Les participants

Les participants à cette étude sont des pairs-aidants ou du moins des personnes inscrites dans une démarche de pair-aidance (via les Alcooliques Anonymes ou Vie Libre); c'est-à-dire de partage de vécu. Dans le cadre de ce travail, 3 focus group ont été organisés avec cinq participants dans le premier groupe et quatre dans les deux derniers. Au total, ce sont 13 personnes qui ont été recrutées à raison de 3 femmes et 10 hommes.

4.2. Les critères d'inclusion

Pour cette étude quatre critères d'inclusion ont été retenus, à savoir : le fait d'avoir au moins 18 ans, d'être abstinent sans durée de temps précisée ainsi que d'être dans une démarche de partage de vécu entre pairs dans le domaine de la dépendance à l'alcool sans précision sur la durée de cette démarche. De plus, tous les participants devaient être belges francophones.

4.3. Les critères d'exclusion

Un seul critère d'exclusion est communiqué, à savoir le fait d'être mineur d'âge.

4.4 Le recrutement

La phase de recrutement s'est étendue sur une durée d'environ trois mois à savoir de janvier à mars 2026. Pour se faire, des flyers (**Annexe 1**) ont été envoyés à l'intention de diverses structures telles que des ASBL, des hôpitaux, des réunions d'Alcooliques Anonymes ou de Vie Libre. Des contacts ont aussi été pris avec une connaissance gravitant dans le milieu de la pair-aidance ce qui a permis de nous créer un réseau au sein de cette communauté. Le bouche à oreille a également été une grande ressource utilisée afin de recruter un certain nombre de participants.

4.5 Les considérations éthiques

Ce mémoire intitulé « En quoi le statut d'un pair-aidant, abstinent à l'alcool, influence-t-il son rôle social ? » a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège, à la date du 26

novembre 2024. Un amendement a été réalisé le 18 mars 2025 et celui-ci fut validé le 27 mai 2025.

Cette étude se réalisant en groupes, les participants ont assuré la confidentialité des échanges en signant un formulaire de confidentialité avant la participation au projet. (**Annexe 2**). De plus, il fut précisé aux participants que leurs noms seraient modifiés dans le cadre de ce travail afin de garantir leur anonymat. La bande sonore des rencontres ayant été enregistrée à des fins de retranscriptions, les participants en ont été informés par mail avant la rencontre mais également verbalement avant le début de l'enregistrement. Pour ce faire, un formulaire de consentement à la participation et à l'enregistrement fut envoyé à chaque volontaire. Avant chaque début de rencontre, il a été rappelé aux intervenants que leur participation était libre, ils avaient tout à fait le droit de ne pas répondre à une question mais aussi de quitter la rencontre à n'importe quel moment et sans la moindre justification. Un formulaire d'informations au volontaire (**Annexe 3**) leur a également été adressé.

Enfin, les données collectées ainsi que les enregistrements sont conservés sur une clé USB indépendante et dont l'étudiante responsable est seule à avoir l'accès.

4.6 La collecte des données.

Comme mentionné précédemment, trois focus group ont été organisés. Pour des soucis d'organisation, les rencontres ont été réalisées via la plateforme Teams et enregistrées également via celle-ci. En amont de ces entrevues, un guide d'entretien fut réalisé afin de structurer les échanges et permettre que les mêmes thématiques soient abordées dans chacun des groupes. Ce guide d'entretien (**Annexe 4**), réalisé à la suite de la lecture de la revue de la littérature, comprend 4 grands thèmes avec chacun un certain nombre de sous questions. Le premier thème visait à comprendre ce que le terme de « pair-aidant » signifiait pour chacun des participants mais aussi quelle était leur opinion quant au cadre légal qui encadre cette fonction et sa mise en pratique. Ensuite, le thème de l'image de soi et de la construction identitaire a été abordé notamment en essayant de comprendre comment le rôle de pair-aidant peut influencer ou non l'image que la personne a d'elle-même mais aussi comment ce rôle s'articule avec l'identité de personne en rétablissement. Suite à cela, nous nous sommes intéressés aux stéréotypes et aux stigmatisations que peuvent vivre aussi bien les personnes dépendantes qu'abstinentes. Pour ce faire, nous avons tenté de savoir si les personnes interrogées ont déjà subi des stéréotypes concernant leur consommation d'alcool ou leur abstinence et l'impact que

ces stéréotypes ont pu avoir sur l'image d'eux-mêmes. Nous avons ensuite creusé la sphère professionnelle afin de mieux comprendre comment se passe l'intégration de pair-aidant au sein de structures à savoir, l'accueil qui leur est réservé par les membres de l'équipe, comment leur rôle, leur fonction sont définis et dans quelle mesure la formation facilite ou non cette intégration. Pour clôturer ces rencontres, nous avons souhaité savoir ce que ce rôle de pair-aidant représente dans leur parcours de vie et quel élément principal ils souhaitent retenir de cette expérience.

Les rencontres ont duré en moyenne 1h30 et se sont déroulées sous forme d'échanges où chacun avait la possibilité de s'exprimer comme il le souhaitait sur les différents sujets abordés.

4.7 L'analyse des données.

Pour ce mémoire, une analyse thématique réflexive transversale fut réalisée. L'analyse thématique réflexive, telle que proposée par Braun et Clarke (2006) est une méthode qualitative particulièrement adaptée à l'analyse de focus group. Elle permet en effet de traiter des données riches et complexes tout en laissant une place à la réflexivité du chercheur dans l'interprétation des résultats. C'est pour ces raisons qu'elle a été privilégiée dans le cadre de ce travail.

Cette méthode se déroule en six étapes. La première consiste en une familiarisation avec les données, c'est-à-dire une lecture active et répétée des retranscriptions afin de s'imprégner du contenu. S'en suit la génération de codes initiaux : il s'agit d'attribuer des codes sous forme de mots ou de courtes phrases afin d'en dégager le sens principal. La troisième étape consiste à rechercher des thèmes en regroupant les codes en sous-thèmes partageant une même idée, les codes redondants étant supprimés pour n'en conserver qu'un seul. La quatrième étape qui est la révision des thèmes, vise à s'assurer que ceux-ci sont cohérents en interne et bien distincts les uns des autres. La cinquième étape consiste à définir et nommer chaque thème de manière précise. Enfin, la sixième étape est la rédaction, au cours de laquelle les thèmes sont intégrés dans une narration analytique répondant à la question de recherche.

Dans le cadre de ce travail, cette démarche a été appliquée de façon transversale : après avoir analysé chaque focus group individuellement, les thématiques des trois groupes ont été mises en commun afin d'en dégager les idées convergentes, divergentes, ainsi que les particularités propres à chacun.

5. Résultats

Au total, 6 thèmes et 17 sous-thèmes sont ressortis de cette analyse thématique réflexive. Pour chacun des thèmes, nous avons tenté de souligner les éléments communs aux trois groupes mais également les différences qui peuvent survenir ainsi que les particularités qui résident au sein de chacun des groupes. Des extraits de verbatim sont également intégrés à cette analyse afin d'illustrer les différents propos.

5.1 Thème 1 — Le vécu partagé comme fondement du rôle

L'analyse transversale des trois groupes a fait ressortir une première thématique commune concernant le fait que partager un vécu commun, à savoir la consommation d'alcool et le trajet vers l'abstinence, permet une compréhension du parcours que le professionnel ne peut avoir. En effet, le rôle de pair-aidant repose avant tout sur un savoir expérientiel, c'est-à-dire un savoir basé sur le vécu mais aussi sur l'analyse à postériori de celui-ci et non un savoir construit dans une formation académique ou théorique. C'est justement cette expérience qui légitime le pair-aidant dans ses interventions et qui crée une forme de proximité que le professionnel de santé ne peut offrir.

5.1.1 Un langage et un savoir communs au service de la compréhension

Pour les trois focus group, cette proximité s'explique d'une part au travers d'un langage commun qui amène une dimension différente dans la compréhension des événements vécus. Là où le professionnel explique un savoir théorique, le pair-aidant comprend profondément ce que vit le pair-aidé. Jason l'illustre avec une image frappante : *"Expliquer ce que c'est à un poisson de voler [...] des fois on dit juste deux phrases entre dépendants, la personne comprend un bouquin"*. Patrick rejoint cette idée en soulignant que son savoir est directement issu de son parcours : *"Mon savoir, je l'ai acquis grâce à mes années de galère, à mes recherches de solutions et c'est ce savoir que je peux transmettre parce que là, je suis compétent"*. Grâce à ses années d'expériences, le pair-aidant transmet des outils concrets qui ont pu l'aider dans son parcours, comme mentionné par Marc : *"C'est une boîte dans laquelle on met toute une série de stratagèmes, de stratégies qui permettent aux gens, quand ils sont en difficulté, de toujours trouver une porte de sortie"*. Ce savoir expérientiel n'est pas là pour remplacer le savoir théorique du professionnel. Au contraire, il l'enrichit d'une dimension personnelle qui complète parfaitement la prise en charge. Au-delà du langage partagé, les trois groupes

s'accordent sur la fait que la dimension affective du vécu est centrale dans cette proximité. Robin le formule avec justesse : *"En tant que pair-aidant on comprend aussi ce que c'est la honte et l'isolement parce que ça, ce sont des choses dont on parle peu mais qui sont très prégnantes"*. Cette compréhension de la honte, de l'isolement crée un espace de parole sans jugement que les pairs-aidés ont parfois du mal à retrouver ailleurs. Là où le professionnel est naturellement dans une position haute car « détenteur du savoir », le pair-aidant offre une relation horizontale résumée par Tom : *"Le pair-aidant, l'expert de vécu comme on appelle souvent ça, il est descendu au fond du trou ici où nous on est passé"*.

5.1.2 Porter un message d'espoir

Les groupes 2 et 3 partagent la même vision centrale du rôle : celle de porteur d'espoir. En étant lui-même la preuve qu'un rétablissement est possible, le pair-aidant offre aux personnes qu'il accompagne une vision positive sur leur avenir. Vincent illustre bien ce propos en nous disant : *"Je suis la preuve vivante qu'on peut y arriver et être heureux en étant abstinent"*. De plus, par sa simple présence, le pair-aidant permet parfois de faire naître une demande d'aide chez le pair-aidé, comme mentionné par Joséphine *"Quand je vois une personne qui vient du CHRH et qui dit que je l'ai convaincue, eh bien je suis déjà très contente. Une personne sur dix peut-être"*. Le pair-aidant transmet ainsi un message positif qui peut amener l'aidé vers le chemin du changement avec l'espoir d'un possible rétablissement à venir. Le groupe 3 apporte une dimension particulière à cette aide qu'il considère comme la suite logique de l'aide qu'ils ont pu eux-mêmes recevoir à un moment de leur parcours. Marc l'exprime clairement : *"Ce serait égoïste de ma part de ne pas donner à quelqu'un d'autre toutes les stratégies que moi j'ai mis en place"*. William partage cette vision en décrivant la pair-aidance comme le fait de *"partager ce que des gens ont pu me partager et qui m'ont aidé à un moment donné"*. Pour le pair-aidant, donner ce qu'il a pu recevoir à un certain moment donne du sens à son engagement.

5.1.3 Savoir guider sans imposer

Jason souligne l'importance d'avoir suffisamment de recul sur son propre parcours avant de pouvoir le mobiliser au service des autres : *"Il faut avoir un minimum de vécu et un minimum de recul sur son vécu pour pouvoir le manipuler ou en tout cas l'utiliser pour aider d'autres personnes"*. Le vécu, avant d'être un outil, doit donc être digéré et maîtrisé sans quoi le partage risque de fragiliser le pair-aidant au détriment de l'aide apportée au pair-aidé. En tenant compte de ce point de vigilance, le pair-aidant adopte naturellement une posture d'accompagnement plutôt que de sauveur. Tom le résume justement : *"On n'est pas les sauveurs et on ne pourra*

pas aider tout le monde". Cette posture traduit une certaine maturité et réflexion quant à l'exercice du rôle : être une personne qui aide en respectant le rythme et la volonté de l'autre sans jamais lui imposer.

5.2 Thème 2 — Trouver sa place dans une équipe soignante malgré un cadre flou

Ce deuxième thème souligne la difficulté, toujours actuelle, de l'intégration de pairs-aidants au sein des structures. En effet, il est parfois compliqué de trouver sa place auprès de professionnels lorsque ceux-ci n'y ont pas été préparés mais également en raison du manque de cadre légal clair encadrant la fonction de pair-aidant. Ces deux aspects distincts mais fortement liés sont approfondis par les explications des pairs-aidants interrogés.

5.2.1 Le pair-aidant comme complément de l'équipe soignante

Tout d'abord, les trois groupes s'accordent sur le fait que le pair-aidant n'est pas là pour remplacer le professionnel mais pour apporter une dimension complémentaire à la prise en charge. En effet, chacun intervient dans le domaine dans lequel il se sent légitime comme le mentionne Vincent : *"Quand c'est une question médicale, c'est toujours le soignant qui va répondre. Quand c'est une question d'abstinence, c'est toujours moi qui vais répondre"*. Marc mentionne avoir dû expliquer à un médecin les balises de son propre rôle : *"Je ne prends pas votre place. Je ne suis pas psychiatre. Je suis là en complément de ce qui se fait dans le centre"*. Cet exemple illustre bien le fait que le pair-aidant peut-être un éclaireur dans la construction du rôle et sa mise en pratique, comme l'explique également Jason : *"On va être là pour baliser le chemin [...] avec les professionnels, avec les autres pairs-aidants, on va co-construire un nouvel outil, une nouvelle façon de procéder"*. Ces exemples mettent en avant les apports positifs que peut offrir la pair-aidance dans la complémentarité des soins lorsque sa mise en place est préparée.

5.2.2 Naviguer entre méfiance et intégration progressive

Néanmoins, cette complémentarité ne va pas toujours de soi. En effet, des membres du deuxième groupe, comme Paul, ont souligné les méfiances initiales de certains professionnels quant à l'intégration de pairs-aidants au sein de leur équipe mais qui finissent par s'atténuer avec le temps : *"Il y a toujours la crainte qu'en venant dans la maison, il y ait des interférences sur le travail qu'ils font [...] mais au fil des années, ça s'aplatit quand même"*. De son côté, Vincent témoigne des tensions qui peuvent survenir lorsque certains professionnels peinent à reconnaître la valeur du savoir expérientiel des pairs-aidants : *"Il y avait un Monsieur du CHU*

qui voulait m'expliquer, à moi, comment on arrête de boire. Je lui ai dit : 'T'as déjà eu un problème d'alcool toi dans ta vie ?' Il m'a dit non. 'Donc tu ne sais pas de quoi tu parles'". Le contexte dans lequel s'effectue l'intégration joue aussi un rôle majeur. Roseline souligne la facilité d'intégration lorsque la demande émane directement des professionnels : "Au niveau du Montlégia et du CHU, c'est à leur demande qu'on y est. Donc on n'a aucun souci avec le personnel". Jason quant à lui, illustre le risque qu'il peut y avoir pour les pairs-aidants lorsque leur intégration n'est pas préparée : *La veille, ils vont trouver l'équipe. Demain, il y a 3 nouveaux pairs-aidants, pas de préparation [...] un des pairs-aidants s'est retrouvé en difficulté, une autre en certificat longue durée. On les a envoyés au casse-pipe sans préparation*". En revanche, lorsque l'intégration est bien orchestrée en amont, elle peut mener à une véritable reconnaissance du savoir du pair-aidant ainsi que de l'apport positif qu'il peut avoir au sein d'une équipe. Jason l'illustre bien : *"Ces personnes-là, elles m'ont directement intégré. Je parlais, ma parole avait autant de poids que l'AS qui avait des années d'expérience"*. Tom résume l'esprit dans lequel cette collaboration doit s'inscrire : *"C'est un contrat de confiance qui est passé entre l'équipe thérapeutique et nous"*. A travers ce sous-thème, nous pouvons constater que préparer l'intégration d'une nouvelle personne, dans ce cas un pair-aidant, au sein d'une équipe est positif pour les deux parties. D'une part, l'équipe comprend le rôle de l'aidant et son cadre de travail et d'autre part, le pair-aidant avance au travers d'un environnement balisé avec une équipe accueillante ce qui permet une meilleure collaboration.

5.2.3 Être reconnu comme membre à part entière de l'équipe

Les groupes 1 et 2 soulignent que la difficulté de reconnaissance du rôle et de l'intégration vient principalement du manque de statut et de son cadre flou. Vincent témoigne de l'impact positif que cette reconnaissance a eu dans son intégration : *"C'est à partir du moment où ils ont su qu'on avait fait un statut pour moi qu'ils m'ont pris au sérieux. Avant comme bénévole, bah oui il est bénévole donc il n'a rien à dire"*. Cette intégration reste quelque peu complexe lorsque le pair-aidant intervient dans une structure par laquelle il est lui-même passé, comme ce fût le cas pour Tom : *« On a une place qui est souvent difficile à trouver parce que bien qu'on n'est plus résident on n'est pas professionnel non plus*". Cette position floue entre ancien résident et nouveau membre de l'équipe amène le pair-aidant à devoir construire sa légitimité pas à pas dans un cadre qui n'est pas encore clairement défini.

5.2.4 Un cadre légal encore flou qui fragilise le rôle

Du point de vue du cadre légal définissant le rôle de pair-aidant, des zones encore floues sont pointées par Jason : *Un pair-aidant au niveau de l'ONEM, ça n'existe pas. Un pair-aidant quand il est engagé, c'est un animateur [...] c'est assez flou pour le moment et il y a beaucoup de choses qui doivent se clarifier*". Vincent témoigne de ces manquements notamment à travers la rémunération : *"Je suis payé tous les mardis mais je ne suis pas payé en tant que pair-aidant. Ils ont dû trouver une autre astuce parce que justement la pair-aidance n'était pas du tout reconnue"*. Ce rôle toujours en construction amène certains pairs-aidants à définir eux-mêmes leur propre cadre de travail, comme c'est le cas de Véronique : *"Je me suis dit je me lance en statut indépendant [...] je co-construis avec les structures avec mon contrat d'indépendante. Au moins, je définis moi-même mon cadre."* Ce manque de cadre clair peut générer certaines appréhensions comme mentionné par Tom : *"J'ai peur qu'à terme les systèmes de soins de santé utilisent ça comme un réservoir de main-d'œuvre bon marché qu'on prend, qu'on utilise et puis qu'on casse le contrat quand on n'a plus besoin. Sauf que derrière, il y a des gens qui ont une histoire"*. Ces différents témoignages rappellent que derrière la question du statut, il y a des réalités humaines concrètes, des personnes engagées dans un rôle exigeant, sans protection institutionnelle et ils nous montrent l'importance d'établir un cadre précis de travail. Patrick a quant à lui des craintes concernant l'instauration d'un cadre trop rigide qui freinerait le développement de cette fonction qui tente de se faire une place. *« Le problème d'un statut, c'est de risquer de figer la profession. C'est une profession qui est encore récente, qui est encore occupée à se construire"*. Cette ambivalence entre besoin de reconnaissance et crainte d'un cadre trop contraignant démontre toute la complexité de la situation. Au sein du troisième groupe, une dualité concerne principalement le choix entre bénévolat et rémunération comme l'expliquent Marc et Roseline : *"Le concept de rémunération, ça ne me parle pas. On me proposerait un boulot, je ne serais pas dans le même état d'esprit. Quand on est bénévole, on donne de sa personne, on donne de son temps"*. Selon eux, le statut de bénévole permet d'une part de garder une certaine liberté dans le temps qu'ils consacrent à la pair-aidance et constitue d'autre part une démarche de don de soi que la rémunération ne permet pas. Ces différents questionnements témoignent de la place que le rôle de pair-aidant essaye de se faire au sein du paysage des soins de santé, naviguant entre nécessité de reconnaissance et liberté d'exercice du rôle.

5.3 Thème 3 — L'aide aux autres comme moteur de reconstruction de soi

Lors de l'analyse de cette thématique à travers les trois groupes, deux éléments centraux sont ressortis. D'une part, le fait qu'aider les autres ne profite pas seulement aux pairs-aidés mais également aux pairs-aidants en augmentant l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes ainsi qu'en les auto-valorisant. D'autre part, écouter le parcours de personnes toujours en chemin vers l'abstinence permet aux aidants de les motiver dans leur rétablissement et de prendre conscience du chemin qu'ils ont parcouru pour être où ils en sont aujourd'hui.

5.3.1 L'estime de soi et l'auto-valorisation comme bénéfices du rôle

Les trois groupes se retrouvent sur ce premier point : augmentation de l'estime de soi et auto-valorisation qui découlent de leur rôle d'aidant. Marc exprime d'ailleurs cela : *"C'est un lien direct avec ce qu'on appelle l'estime de soi. Aider les gens qui sont en difficulté, c'est important. Les curistes viennent vous serrer la main, disent merci. Ça n'a pas de prix"*. Véronique, quant à elle, exprime ce que ce rôle de pair-aidant a pu lui apporter de positif quant à son image d'elle-même : *"J'adore aider les gens, ça me donne une valeur personnelle et du baume au cœur. Ça m'a clairement changé sur le fait de me sentir utile pour les autres"*. La pair-aidance permet également d'être fière de soi en ayant su transformer un parcours difficile en une force pour soi et pour les autres, comme l'explique Patrick : *"D'une faiblesse, j'ai réussi à en faire une force. J'ai réussi à profiter de mes années de galère pour me valoriser [...] J'ai vraiment réussi à trouver le positif dans quelque chose qui au départ était négatif"*. Au-delà de l'apport positif de ce rôle sur une sphère plus personnelle, la pair-aidance procure également un sentiment de reconnaissance lorsqu'une personne aidée arrive à s'en sortir. Marc le formule simplement : *"Aider les gens qui sont en difficulté, c'est important. Les curistes viennent vous serrer la main, disent merci. Ça n'a pas de prix"*. Ces témoignages montrent qu'après avoir souvent perdu confiance en eux lors de leur période de consommation, les pairs-aidants retrouvent au travers de leur nouveau rôle une confiance en eux et en leur capacité à amener du positif dans la vie d'autres personnes. Cependant Jason témoigne de la difficulté d'accepter ce nouveau rôle de référent à la vue de leur passé parfois tumultueux : *"Certains me disaient que j'étais une référence pour eux. Je me dis mais tu te rends compte à qui tu parles ? J'ai été la pire des crasses pendant longtemps"*. Cette difficulté à accepter la reconnaissance illustre le chemin qu'ils ont parcouru pour changer de vie et la profondeur de la transformation identitaire en cours.

5.3.2 L'écoute des autres comme source de motivation dans le rétablissement

L'engagement dans la pair-aidance contribue également en une source de motivation pour les pairs-aidants à maintenir leur abstinence. En côtoyant des personnes qui traversent les mêmes difficultés qu'eux par le passé, les pairs-aidants conscientisent le chemin parcouru ce qui les motive davantage à poursuivre ce travail. Patrick illustre bien ce propos : *"Le fait d'être pair-aidant et de venir en aide à d'autres personnes qui ont vécu les mêmes difficultés que moi, ça me renforce dans mon rétablissement. Quel chemin j'ai parcouru quand je pense qu'il y a quelques années j'étais comme eux"*. Paul le rejoint également sur cette notion de réminiscence du parcours : *"Je sors toujours avec plein de choses en tête parce qu'ils m'ont rappelé plein de choses"*. Marc partage également ce point de vue en ajoutant la notion de réciprocité dans les échanges entre aidants et aidés : *"Les autres nous aident aussi à maintenir notre abstinence. Le partage sert au pair-aidant et au pair-aidé"*. En plus d'aider les autres, les pairs-aidants reçoivent tout autant de ces échanges qui les aident à continuer sur le chemin de leur nouvelle vie.

5.3.3 La pair-aidance comme ouverture vers de nouvelles perspectives de vie

Enfin, pour certains participants, la pair-aidance a engendré une transformation identitaire si profonde qu'elle leur a ouvert de nouvelles perspectives de vie. Véronique en témoigne : *"La pair-aidance m'a vraiment transformée. Avant ça, je ne travaillais pas du tout dans un domaine où c'était aider l'autre. Je me suis réorientée professionnellement complètement [...] j'ai trouvé une passion là-dedans"*. Cette réorientation illustre comment la pair-aidance peut transformer une personne sur différents aspects de sa vie. Elle permet d'ouvrir de nouvelles portes qui étaient jusque-là insoupçonnées et autorise une nouvelle construction de soi.

5.4 Thème 4 — Une identité hybride : être pair-aidant ET pair-aidé

L'analyse de ces trois focus group met en évidence le fait que les pairs-aidants ne dissocient pas leur identité de personne abstinentes de celle de leur rôle d'aidant. Ces deux dimensions coexistent et se nourrissent mutuellement créant ce qu'on pourrait appeler une identité hybride. Ils ne sont pas tout à fait des patients, ni tout à fait des professionnels, mais des personnes qui vont puiser dans leur vécu afin d'aider les autres. Autrement dit, l'un ne va pas sans l'autre. C'est le fait d'avoir connu cette problématique qui leur permet de venir en aide.

5.4.1 Une identité double et indissociable

Cette coexistence des deux identités est très bien décrite au sein des groupes 1 et 2, notamment par Patrick : *"Je suis pair-aidant parce que j'ai été alcoolique et que je suis toujours malade, alcoolique. Mais justement, cette maladie, ça devient une force. Ça me légitime dans mon rôle de pair-aidant"*. On note ici que ce passé de consommateur n'est pas perçu comme quelque chose de honteux à cacher mais justement comme le fondement même de la légitimité à venir en aide. Jason suit cette façon de penser : *"C'est les deux faces d'une même pièce, l'un façonne l'autre, c'est le Yin et le Yang. C'est impossible d'être pair-aidant s'il n'y a pas l'autre chose derrière"*. Plutôt que de les opposer, ces deux rôles sont vus comme indissociables et se complètent l'un l'autre. Vincent va encore plus loin en précisant que ce rôle de pair-aidant prend forme à partir du moment où l'abstinence survient : *"À partir du moment où j'ai arrêté de boire, j'ai commencé à fréquenter un groupe d'entraide, je suis devenu pair-aidant parce que j'allais parler de mon passé. Ça fait partie de ma vie"*.

5.4.2 Une construction progressive : la dimension temporelle apportée par le groupe 3

Là où les groupes 1 et 2 font coexister les deux identités simultanément, le groupe 3 nuance en introduisant une dimension temporelle. En effet, les membres du groupe mettent en avant le fait que l'abstinence arrive en premier pour ensuite laisser place à la pair-aidance. William traduit cette idée de manière simple : *"C'est une continuité dans mon parcours, partager ce que des gens ont pu me partager et qui m'a aidé"*. Une vision partagée par Simon qui décrit la pair-aidance comme *"la suite logique de son abstinence"*. Ce que décrit par-là le groupe 3, c'est que cette identité hybride d'abstinente et d'aidant ne survient pas de manière instantanée mais se construit de manière progressive pour devenir in fine, une identité indissociable.

5.4.3 Ne pas oublier d'où l'on vient : un ancrage identitaire

Cette double identité permet également au pair-aidant de ne pas oublier son propre parcours et les différentes étapes par lesquelles il est passé pour parvenir à l'abstinence. Dans ce cas-ci, ce n'est pas une source de motivation que le pair-aidant vient chercher mais plutôt une sorte d'ancrage identitaire lui rappelant qui il était, qui il est devenu et qui il ne veut plus être. Vincent l'explique au travers du regard que ses proches posent sur lui : *"Ce qui m'ennuie le plus c'est les gens qui sont proches de moi, eux ils ont oublié que je suis alcoolique. Mais moi je ne dois pas oublier. Et c'est ça aussi le fait d'être pair-aidant, c'est de me rappeler que je suis alcoolique"*. William complète cette idée : *"Quand je vois certaines personnes, je me dis que j'étais comme eux et que je ne veux plus vivre ça"*.

5.4.4 Une vigilance permanente sur sa propre fragilité

Garder en tête cette vigilance même après de nombreuses années d'abstinence permet de mieux se connaître et d'être plus attentif à ses propres fragilités. Se lancer trop tôt dans la pair-aidance peut alors être dangereux, non seulement pour soi, mais aussi pour les personnes que l'on souhaite aider, comme l'explique Jason : *"Il faut vraiment asseoir son abstinence, ancrer ses habitudes et comprendre les mécanismes qui potentiellement peuvent nous faire rechuter."* Le bon timing ne dépend donc pas uniquement du nombre d'années d'abstinence, mais aussi d'une connaissance profonde de soi. Cette vigilance ne disparaît d'ailleurs jamais vraiment, comme le rappelle Joséphine : *"C'est un travail de tous les jours [...] faut rester vigilant tous les jours."* Jason témoigne lui-même d'un moment de vacillement après cinq ans d'abstinence : *"J'étais convaincu d'avoir ça [...] j'apprends que je perds mon travail. Ce jour-là, je me suis pris un bus. Je me suis senti vaciller."* Ces témoignages montrent que la fragilité persiste malgré les années et c'est précisément ce qui rend le rôle de pair-aidant plus authentique.

5.5 Thème 5— La stigmatisation et l'alcool comme toile de fond du parcours

L'analyse de cette cinquième thématique à travers les trois groupes nous montre que les personnes alcooliques font face à des jugements aussi bien de la part de l'entourage que des collègues de travail. Ces jugements les isolent socialement et rendent compliquée la démarche de demande d'aide. Une stigmatisation particulière prend forme lorsqu'une femme qui est également une mère, consomme de l'alcool. Une fois la personne abstinente, la nouvelle difficulté réside dans la création de nouveaux liens sociaux loin de ceux qui entouraient autrefois la consommation.

5.5.1 Des jugements qui isolent et freinent la demande d'aide.

Les trois groupes s'accordent sur ce premier point et mettent en avant plusieurs phrases stigmatisantes qu'ils ont pu entendre lorsqu'ils consommaient de l'alcool. La plus fréquente est sûrement celle partagée par Robin : *"Il est alcoolique parce qu'il est faible"*. Cette perception réductrice de l'alcoolisme comme un manque de volonté et non comme une maladie rend d'autant plus difficile la reconnaissance du problème ainsi que sa profondeur. S'ajoute à cela le déni de l'entourage, comme en témoigne Patrick : *"Quand j'ai annoncé que j'avais des problèmes avec l'alcool, j'ai eu affaire à du déni en disant 'Mais non, pas toi'"*. Ce déni amène la personne à minimiser le problème, mais également la difficulté à se reconnaître elle-même

comme alcoolique. Vincent l'exprime avec justesse : *"L'alcoolique, c'est celui qui avait perdu son travail, qui a sa femme qui s'est barrée, ses enfants ne veulent plus le voir et qui vit sous un pont. Donc moi, j'étais tout sauf alcoolique"*. Avoir traversé ces stigmatisations, vécues de l'intérieur comme de l'extérieur, et avoir réussi à s'en sortir permet au pair-aidant de développer une compréhension profonde de ce que vivent les personnes qu'il est amené à aider. Robin le formule avec sensibilité : *"En tant que pair-aidant aussi on comprend ce que c'est la honte et l'isolement parce que ça ce sont des choses dont on parle peu mais qui sont très prégnantes"*.

5.5.2 La difficulté à reconstruire des liens sociaux

Une fois l'abstinence atteinte, il devient nécessaire de se construire de nouveaux liens sociaux en dehors des anciennes fréquentations liées à la consommation. En effet, continuer à côtoyer les personnes associées autrefois à la consommation augmente considérablement les risques de rechute. Marc l'explique clairement : *"Si tu ne changes pas tes fréquentations, ça ne marchera pas. Si tu continues à fréquenter les mêmes personnes et les mêmes lieux, ça ne servira à rien"*. Ce qui rend cette reconstruction particulièrement difficile, c'est de devoir faire face à l'incompréhension de l'entourage face à la démarche d'abstinence. Marc témoigne avoir dû réduire son cercle d'amis suite à cette incompréhension, ne conservant que ceux qu'il considère comme de véritables amis, ceux qui ont compris et respecté son choix. Une difficulté supplémentaire s'ajoute à cela : l'omniprésence de l'alcool dans la société, particulièrement mise en avant dans le groupe 3. Marc l'observe : *"On est dans une société où on associe systématiquement l'alcool à toutes les festivités. C'est nous qui devons nous adapter"*. Face à tout cela, retrouver la confiance de ses proches et se créer de nouvelles fréquentations stables et positives peut s'avérer long et difficile. Cependant, Paul témoigne que lorsque cette reconstruction réussit, elle en devient d'autant plus solide : *"La reconstruction derrière, quand on la réussit, elle est solide [...] il y a une confiance qui redevient très forte et même parfois une admiration"*.

5.5.3 Une double stigmatisation en tant que femme et mère

Véronique témoigne de la double stigmatisation qu'elle a vécue en tant que femme alcoolique et mère : *"Elle n'est pas apte à être maman, elle ne peut pas consommer, elle a des choses à gérer dont principalement son enfant"*. Ces jugements ont eu des conséquences concrètes sur son parcours de rétablissement : *"J'aurais pu me soigner plus tôt si j'avais pu en parler plus tôt, mais j'ai été critiquée, pointée du doigt, surveillée. Donc je me suis isolée de*

tout pour éviter le jugement". Vincent a lui aussi pu constater cette différence de traitement et en témoigne : *"Un homme qui va aller au bistrot le vendredi soir et qui va se pochtronner, c'est normal. Toi en tant que maman : 'Qu'est-ce qu'elle fait, elle ferait bien de s'occuper de son gosse'"*. Comme nous avons pu le voir à travers les différents groupes, une forte stigmatisation existe déjà concernant les personnes alcooliques — s'ajoute ici une dimension liée au genre et au rôle de mère, qui représente un poids supplémentaire à porter. C'est précisément parce que les pairs-aidants ont traversé ces expériences de stigmatisation, sous toutes leurs formes, qu'ils sont en mesure de créer auprès des pairs-aidés un espace de parole sans jugement transformant ainsi ce qui fut une épreuve en une ressource au service de leur rôle.

5.6 Thème 6 — Se préserver pour continuer à donner : fatigue émotionnelle et limites du rôle

Pour conclure, l'analyse des trois focus group a permis de mettre en évidence une dualité à la fonction de pair-aidant : le désir et l'envie de partager son expérience aux autres et la nécessité de se préserver pour pouvoir continuer à exercer ce rôle durablement. Nous allons en développer les nuances.

5.6.1 L'épuisement émotionnel lié au partage d'un vécu douloureux

L'exercice du rôle de pair-aidant implique un coût personnel qui doit être pris en compte. En effet, en partageant un vécu qui a pu être douloureux, le pair-aidant est amené à se replonger dans des périodes compliquées de sa vie. Vincent l'explique très bien : : *"Le mardi soir quand je rentre, je suis quand même claqué parce que j'ai donné beaucoup de moi. Je suis reparti dans mon passé [...] faut être bien accroché"*. Marc partage cet avis : : *"Après la réunion, on a le contrecoup de tout ce qu'on nous a raconté"*. Cette fatigue émotionnelle repose sur le fait que le pair-aidant ne peut se séparer de son vécu pour mener à bien son travail. Pour pouvoir partager ce vécu sans qu'il n'impacte trop le pair-aidant ni le pair-aidé, il est important que l'aidant ait suffisamment de recul sur son propre parcours avant de pouvoir l'utiliser comme ressource pour les autres, comme en témoigne Jason : : *"Il faut avoir un minimum de vécu et un minimum de recul sur son vécu pour pouvoir le manipuler ou en tout cas l'utiliser pour aider d'autres personnes"*. Le groupe 2 apporte une nuance en précisant l'importance de ne pas se surinvestir ce qui pourrait mener à une déception de ne pas recevoir autant que ce que l'on a donné, comme mentionné par Jason : *S'investir trop peut mener à la déception [...] risque de*

donner sans recevoir". Il est donc important pour le pair-aidant de savoir quand donner et en quelle quantité afin de se préserver au mieux.

5.6.2 Prendre soin de soi et savoir poser ses limites

Face à cet épuisement, les trois groupes s'accordent sur la nécessité pour le pair-aidant de prendre soin de lui et de savoir poser ses limites. Tom l'exprime clairement : : *"On n'est pas les sauveurs et on pourra pas aider tout le monde"*. Il est important pour le pair-aidant de garder en tête qu'il ne peut pas aider tout le monde et donc de ne pas vouloir aider à tout prix, au risque d'être déçu. Le pair-aidant est là pour aider celui qui le souhaite, en respectant ses propres temporalités et en fixant lui-même ses limites à l'intervention proposée. Les trois groupes ont également mis en avant le besoin de déconnexion face à ce rôle prenant comme le dit Marc : : *"Ne pas faire tourner sa vie autour de l'assuétude. Savoir mettre ses limites dans l'aide apportée. Prendre soin de soi"*. Patrick souligne ce point en précisant qu'une trop grande implication sans poser ses limites présente un risque aussi bien pour la pair-aidant que pour le pair-aidé. Il est important pour le pair-aidant de maintenir un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ce qui peut parfois être compliqué car son travail repose sur un partage de vécu. Pour le groupe 3, le fait d'être bénévole facilite cette déconnexion et permet de doser librement leur engagement : *"Être bénévole permet de garder une liberté"*. Pour les trois groupes, il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre reconnaissance et protection, entre engagement et préservation de soi.

6. Discussion

La partie discussion qui fait suite aux résultats de cette étude cherche à répondre à la question suivante : *"En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinente à l'alcool, influence-t-il son rôle social ?"*. Pour ce faire, ces résultats seront mis en lien avec la revue de la littérature précédemment présentée, en s'appuyant sur trois axes d'analyse. Le premier s'intéresse à ce que représente le fait d'être pair-aidant dans le parcours d'une personne abstinente. Le deuxième explore la manière dont ce statut modifie la façon dont les personnes abstinentes perçoivent et intègrent leur passé de dépendance dans leur identité personnelle. Le troisième examine les stéréotypes qui entourent l'alcoolisme ainsi que les modalités d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes professionnelles. Cette discussion présentera également les limites de la recherche et proposera des pistes de réflexion pour de futures études.

6.1 Rappels des résultats et la mise en lien avec la littérature.

6.1.1 Le rôle social du pair-aidant dans le parcours de la personne abstinente

Les résultats de cette étude montrent qu'au-delà d'être une fonction d'aide, le rôle de pair-aidant implique des transformations sociales et identitaires pour les personnes abstinentes qui l'exercent. Ces changements font lien avec les notions de rétablissement et d'empowerment dans le champ des assuétudes.

L'un des premiers éléments qui se dégage de cette étude est le rôle central que joue le savoir expérientiel dans la légitimité et l'efficacité du rôle de pair-aidant. En effet, les participants sont tous unanimes face à cela : le fait d'avoir vécu une même problématique et d'être passé par toutes les étapes du rétablissement leur permet une compréhension en profondeur de ce que vivent les pairs-aidés, que les professionnels, avec leur savoir théorique, ne peuvent avoir. Cette meilleure compréhension rejoint les travaux de Reif et al. (2014) qui soulignent que c'est justement ce savoir, issu de leur vécu, qui donne au pair-aidant une crédibilité aux yeux des pairs-aidés et une proximité dans la relation d'aide. Godrie (2020) et Fransolet (2021) vont dans le même sens en insistant sur le fait que ce savoir, issu de l'expérience personnelle, est complémentaire au savoir théorique du professionnel et permet de compléter la prise en charge. Là où le professionnel détient un savoir sur la maladie, le pair-aidant détient quant à lui un savoir de la maladie et de toutes les répercussions qu'elle implique sur la vie de la personne.

Les résultats montrent également que l'engagement dans la pair-aidance fait lien avec la dynamique d'empowerment dans la restructuration des soins de santé. Pour rappel, l'empowerment renvoie à une démarche d'auto-prise en charge ou de self-help où l'individu devient acteur de son propre rétablissement grâce à ses capacités à mener sa propre vie et à faire des choix rationnels (Deutsch, 2015). Le pair-aidant fait donc l'expérience de cet empowerment à travers son choix d'apporter son aide aux autres ce qui amène une valorisation de son propre vécu ainsi que la reconstruction d'une image positive de lui-même. Cet apport est également positif pour les aidés car il leur montre un exemple concret de rétablissement possible et les aide à reprendre le contrôle sur le parcours. Ce double apport rejoint la définition de Salzer (1997) qui décrit l'empowerment comme un processus dynamique. Les différents témoignages recueillis illustrent très bien cette dynamique comme Patrick, qui a su transformer « *ces années de galère* » en force ou Véronique, qui a changé d'orientation professionnelle suite à son rétablissement. Ces différentes trajectoires de vie font écho aux travaux de Deegan (1990) qui définit le concept de « recovery » comme un processus de changement, de découverte de ses nouvelles capacités et de ses limites que la pair-aidance semble instaurer.

Un autre élément qui ressort de cette analyse est le rôle de porteur d'espoir du pair-aidant envers le pair-aidé. En effet, cette notion est revenue de nombreuses fois au travers des différents témoignages. En étant la preuve qu'un rétablissement est possible, le pair-aidant transmet un message d'espoir et une vision positive sur le parcours de rétablissement. C'est en effet ce que Reif et al. (2014) ont mis en avant dans leurs travaux en stipulant que l'inclusion de pairs-aidants au sein de structures augmenterait l'espoir, l'estime de soi et la qualité de vie. Les pairs-aidants montrent à travers leur parcours que la vie peut prendre un autre sens après la dépendance, ce que les professionnels peuvent avoir dû mal à incarner.

Pour finir, les différents témoignages ont souligné le coût émotionnel que le rôle implique, notion que l'on retrouve peu dans la littérature. En partageant son vécu aux autres, le pair-aidant est amené à se replonger dans un vécu qui a pu être douloureux et qui amène une fatigue émotionnelle. Les pairs-aidants interrogés ont donc mis en avant la nécessité d'avoir un recul sur son vécu et son parcours afin de limiter l'impact que le partage de celui-ci peut avoir. De plus, il est important pour le pair-aidant de cadrer son implication afin de ne pas augmenter cette fatigue. Savoir quand donner et en quelle quantité ressort comme étant une condition sine qua non à la préservation de son bien-être et à la durabilité de son rôle.

6.1.2 Comment le statut de pair-aidant modifie la perception et l'intégration du passé de dépendance

Cette deuxième partie d'analyse met en lien le concept d'illness identity développé dans la littérature et la manière dont le statut de pair-aidant peut modifier la perception que les aidants ont d'eux-mêmes mais également comment leur passé de dépendant s'inscrit dans leur identité personnelle.

L'illness identity, telle que définie par Yanos et al. (2020), renvoie à la manière dont une personne intègre sa maladie dans sa conception globale d'elle-même. Les différents témoignages ont fait ressortir comment le statut de pair-aidant peut favoriser une évolution positive de cette illness identity. La dépendance, souvent perçue comme une source de honte et d'isolement devient, grâce au rôle de pair-aidant, une façon de se reconstruire une identité positive et valorisée. C'est transformer "une faiblesse en force", comme mentionné par un interviewé et faisant directement lien avec ce que Yanos et al. (2020) décrivent comme le passage d'une illness identity négative où le fait de se définir totalement au travers de sa maladie vers une illness identity positive où la maladie est intégrée sans être envahissante. Le rôle de pair-aidant semble donc permettre cette transformation où la dépendance devient une valorisation pour le pair-aidant qui peut se servir de son vécu au service des autres.

Les résultats ont mis en évidence la construction d'une identité hybride, propre aux pairs-aidants, qui ne se réduit ni à l'identité de "malade" ni à celle de "soignant" mais qui se situe entre les deux. Yanos et al. (2020) expliquent que l'illness identity désigne le sens que la personne donne au diagnostic posé et comment elle l'intègre dans sa définition de soi. Dans ce cas de figure, on a pu constater que les pairs-aidants ne se considèrent pas totalement comme malades ni comme soignants mais qu'ils se créent une identité qui oscille entre les deux. Leur passé de consommateur ne peut être effacé et c'est celui-ci qui leur donne la possibilité d'aider les autres. Le partage du vécu devient à la fois outil thérapeutique et affirmation identitaire. Cette posture rejoint les travaux de Goffman (1963) repris par Link & Phelan (2001) : là où la personne stigmatisée cherche habituellement à dissimuler sa condition, le pair-aidant transforme cette condition en source de légitimité sociale.

Un autre élément théorique pouvant être mis en lien avec les résultats est le concept de locus of control développé par Rotter (1966), qui s'explique comme étant la perception que la personne se fait de sa capacité à influencer les événements de sa vie. Les résultats de ces trois entretiens montrent que l'engagement dans la pair-aidance déplace le locus of control d'externe vers interne, là où le pair-aidant se perçoit comme acteur de son propre parcours. Il ne perçoit pas son passé de dépendant comme un poids ou comme quelque chose à cacher, mais comme la justification de sa capacité à aider les autres. Il choisit la pair-aidance comme la suite logique de son parcours, transformant un vécu difficile en une force pour soi et pour les autres. Ce

déplacement rejoint ce que Wanyee & Arasa (2020) décrivent comme un locus of control interne renforcé par l'expérience du rétablissement. Les différents témoignages illustrent bien cette notion de locus of control interne, renforcé par l'expérience du rétablissement et consolidé par la pair-aidance, qui permet au pair-aidant d'agir concrètement pour les autres tout en voyant cette aide reconnue socialement.

Enfin, les résultats montrent que cette double identité permet au pair-aidant de ne pas oublier d'où il vient ainsi que les différents chemins qui l'ont mené vers l'abstinence. Cette posture rejoint les travaux de Deegan (1988) qui a défini le concept de recovery comme un processus de changements où la personne se découvre tout en restant en contact avec sa vulnérabilité plutôt que de la nier. Être pair-aidant, c'est donc ne pas oublier qui l'on est, mais se rappeler sans cesse qui l'on est devenu et ce que l'on ne peut plus être. Cette vigilance continue est décrite par les participants comme une condition de l'authenticité de leur rôle et c'est précisément cette authenticité qui rend la pair-aidance irremplaçable dans le paysage des soins.

6.1.3 Les stéréotypes qui entourent l'alcoolisme et les modalités d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes professionnelles

Ce troisième axe met en avant le fait que la stigmatisation liée à l'alcoolisme et les difficultés d'intégration au sein des équipes soignantes constituent deux obstacles majeurs au développement du rôle social du pair-aidant. En couplant les notions théoriques et les témoignages des participants, on peut se rendre compte des conséquences directes de la stigmatisation sur l'inclusion de pairs-aidants dans les équipes de soins belges et le travail qu'il reste encore à fournir de ce côté-là.

Les résultats montrent que la stigmatisation sociale liée à l'alcoolisme constitue une réalité vécue par les pairs-aidants avant même d'avoir endossé ce rôle. Link & Phelan (2001) définissent la stigmatisation comme un processus d'étiquetage, de stéréotypisation et de discrimination qui isole la personne et retarde la reconnaissance de son problème. C'est ce que les résultats montrent aussi en confirmant que la stigmatisation sociale liée à l'alcoolisme constitue pour beaucoup d'interrogés un obstacle à la demande d'aide. De plus, les résultats mettent en évidence que la stigmatisation est particulièrement marquée dans le champ de l'alcoolisme car la dépendance est souvent perçue comme un manque de volonté plutôt que comme une maladie, mais cela est peu exploré dans la littérature.

Les effets de cette stigmatisation sont multiples pour les pairs-aidants. D'une part, elle peut les placer en second plan et les réduire à un simple outil sans rôle réel ni reconnaissance. Cette

instrumentalisation peut, à terme, générer une forme d'auto-stigmatisation qui fragilise leur confiance en eux et leur sentiment d'appartenance à une équipe professionnelle, entraînant un désengagement (Roelandt et al., 2023). D'autre part, elle crée des tensions au sein des équipes, de l'isolement et une diminution du travail collaboratif. Or, comme le soulignent Roelandt et al. (2023), lorsque les pairs-aidants sont bien intégrés, leurs interventions favorisent le rétablissement des usagers et améliorent la qualité de l'accompagnement. Enfin, les conditions d'emploi encore floues constituent une autre forme de stigmatisation : les pairs-aidants occupent souvent des statuts de bénévoles avec une faible rémunération comparée aux autres professionnels, ce qui les place dans une position secondaire (Charlier & Sandron, 2018). Mais c'est justement parce qu'ils ont traversé cette expérience que les pairs-aidants sont en mesure de comprendre et de créer auprès des pairs-aidés un espace de compréhension sans jugement. Ils transforment une expérience personnelle en compétence au service de ce nouveau rôle social d'aidant. Les résultats mettent par ailleurs en évidence une dimension insuffisamment explorée dans la littérature consultée : la double stigmatisation vécue par les femmes alcooliques et mères, qui subissent un poids supplémentaire lié à leur genre et à leur rôle maternel.

Les résultats de cette étude mettent également en avant les difficultés d'intégration des pairs-aidants au sein des équipes soignantes. Ces difficultés sont liées d'une part aux résistances des équipes de par leur manque de connaissance du rôle et d'autre part par l'absence de cadre légal clair. En effet, la littérature a pu mettre en évidence que certains collègues adoptent une attitude de rivalité envers les pairs-aidants et dévalorisent leur contribution au sein de l'équipe. Cela a également été mis en avant par certains participants de l'étude qui ont dû expliquer aux professionnels qu'ils étaient là en complément et non pour prendre leur place. Les résultats ont pu expliquer que préparer l'intégration d'un pair-aidant au sein de l'équipe est la meilleure façon de créer une collaboration réussie.

Le cadre légal flou complique également cette intégration. L'absence de reconnaissance institutionnelle est l'un des principaux obstacles au développement de la pair-aidance dans le paysage des soins belges. Le problème vient d'une absence de certification officielle et donc d'un statut clairement défini. Une problématique mise notamment en avant par Waha (2021). Un exemple parlant a été mentionné lors des entretiens concernant le fait qu'aucun statut n'encadre le rôle de pair-aidant au niveau de l'ONEM. Vient ensuite la rémunération qui, comme mis en avant dans la littérature par Charlier & Sandron (2018)., offre une reconnaissance à la contribution du pair-aidant ainsi qu'une aide à son développement

professionnel. Or, la littérature et les pairs-aidants interrogés ont tous les deux mis en avant que la majorité travaillent en tant que bénévoles dans les différentes structures. Même si certains membres des groupes trouvent que le bénévolat permet une plus grande flexibilité, la majorité craignent d'être utilisés comme « une marchandise bon marché » alors que ce rôle demande un don de soi et un partage de ses fragilités.

6.2 Limites à la recherche.

Bien que cette étude ait déjà permis de répondre aux différentes questions soulevées par la question de recherche, certaines limites méritent d'être soulevées.

Une première limite concerne la composition des groupes. En effet, sur les treize participants interrogés, seulement trois sont des femmes ce qui peut amener une sous-représentation des problématiques féminines. D'autant plus, les résultats ont mis en évidence l'existence d'une double stigmatisation spécifique aux femmes alcooliques et mères. Cette problématique aurait pu être davantage explorée si notre échantillon avait comporté plus de femmes.

Une deuxième limite qui peut être mise en avant concerne le statut des participants. Étant donné le fait que la pair-aidance est une pratique encore récente au sein du paysage des soins, seul un faible nombre de pairs-aidants sont formellement reconnus en Belgique francophone. De ce fait, certains participants ne sont pas directement liés à la structure au sein de laquelle ils travaillent et sont surtout dans une dynamique de partage de vécu plutôt que dans un « vrai » rôle de pair-aidance. Sans sous-estimer l'apport positif qu'ils ont eu au sein des échanges, il est important de prendre cette donnée en compte concernant leur avis sur l'intégration de pairs au sein des équipes soignantes.

Une troisième limite est liée au fait que certains participants se connaissaient avant les focus group. Ce qui était presque inévitable dans un milieu encore restreint comme celui de la pair-aidance ; d'autant plus que notre étude n'interrogeait que des belges francophones. Le fait que quelques participants se connaissaient a pu influencer la dynamique des échanges. Certains d'entre eux ayant pu reproduire des propos entendus ou en amplifier d'autres. De manière plus générale, la dynamique de focus group lorsqu'elle est couplée à un biais de désirabilité sociale peut amener à présenter une image plus positive de son expérience que ce qui est réellement vécu.

Enfin, la posture de la mémorante peut également être questionnée. En tant que personne extérieure au monde de la pair-aidance et de l'alcoolisme, certaines nuances ou significations propres à ce milieu ont pu ne pas être relevées. À l'inverse, ses propres représentations en matière de rétablissement et de pair-aidance ont pu influencer, de manière inconsciente, la façon dont les entretiens ont été conduits ainsi que l'interprétation des résultats. Cela amène à ne pas considérer les résultats comme une vérité objective mais comme une interprétation construite dans un contexte particulier.

6.3 Perspectives futures.

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes de réflexion pour de futures recherches et pour le développement de la pair-aidance dans le champ des assuétudes.

Tout d'abord, il serait intéressant d'approfondir les recherches concernant la stigmatisation qui a été mise en avant sur les femmes alcooliques et mères de famille. En effet, ce point est ressorti au travers des résultats mais peu de recherches ont été effectuées à ce sujet. Cette problématique particulière mériterait que des recherches spécifiques lui soient consacrées.

Ensuite, il pourrait être intéressant de réaliser ce même travail dans une dizaine d'années et d'interroger les mêmes personnes afin de mieux comprendre comment l'illness identity et le locus of control évoluent au fil du temps et ce qu'ils retirent encore de l'expérience accumulée dans ce rôle. De plus, cela permettrait d'évaluer si l'apport positif de la pair-aidance dans la prise en charge a été globalement mieux prise en compte au sein des équipes soignantes et dans quelle mesure son implémentation s'est démocratisée.

La réalisation de ce travail a mis en évidence que l'intégration des pairs-aidants est parfois compliquée au sein des structures qui n'y sont pas préparées. Il est ressorti de cette recherche que le projet PAT (Peer and Team Support) en collaboration avec l'ASBL Smes existe déjà et a pour but d'accompagner les équipes désireuses d'engager un pair-aidant comme salarié. Il pourrait être intéressant de s'attarder plus en profondeur sur les apports de cet accompagnement et dans quelle mesure il pourrait être amélioré, notamment au travers de réelles formations pour le personnel soignant afin qu'il comprenne mieux le rôle du pair-aidant et de là, améliorer leur future collaboration.

Enfin, il a également été souligné à travers les résultats de cette étude, l'importance pour les pairs-aidants de savoir prendre du recul concernant leur implication dans l'aide proposée. En effet, être pair-aidant amène à se replonger dans un vécu qui a pu être douloureux mais aussi à écouter des expériences similaires qui peuvent raviver des douleurs passées. Il pourrait donc être intéressant de se pencher sur l'utilité de mettre en place des dispositifs de supervision à

l'intention des pairs-aidants, ce qui leur permettrait de prendre soin d'eux tout en continuant à exercer leur rôle durablement.

7. Conclusion

Ce travail avait pour objectif d'explorer le vécu de personnes abstinentes à l'alcool engagées dans une démarche de pair-aidance, afin de répondre à la question suivante : *"En quoi le statut de pair-aidant, chez une personne abstinente à l'alcool, peut-il influencer son rôle social ?"*. À travers trois focus group réunissant treize participants et une analyse thématique réflexive, il ressort que ce statut influence profondément le rôle social de la personne abstinente et ce de différentes manières.

Tout d'abord, les résultats montrent que la pair-aidance transforme un vécu douloureux en ressource sociale. En partageant son expérience de la dépendance et du rétablissement, le pair-aidant occupe une place unique dans le paysage des soins, ni tout à fait patient, ni tout à fait professionnel. Cette position entre deux permet d'offrir aux personnes qu'il accompagne, contrairement à un savoir théorique, la preuve vivante qu'un rétablissement est possible. Ce nouveau rôle sociale d'aidant implique une transformation identitaire profonde où la honte d'un passé de dépendance se transforme en fondement de la légitimité du rôle. Les concepts d'illness identity, de locus of control et d'empowerment démontrent bien cette dynamique : le statut de pair-aidant amène un sentiment de contrôle sur sa propre vie et favorise une intégration positive de la maladie dans l'identité personnelle.

Cependant, ce rôle social se construit dans un contexte encore fragilisé par la stigmatisation liée à l'alcoolisme et par l'absence de cadre légal clair en Belgique. Ces deux obstacles, bien que distincts, freinent la reconnaissance de l'apport positif de la pair-aidance ainsi que sa mise en place. Il est nécessaire de continuer les recherches concernant la formation des équipes soignantes à l'intégration de pair-aidant, et dans le soutien apporté aux pairs-aidants eux-mêmes.

Certaines limites doivent cependant être prises en compte. La sous-représentation des femmes au sein même de l'échantillon, le fait que certains pairs-aidants ne travaillent pas en collaboration avec une structure, la dynamique qui émane des focus group et des biais de conformité mais aussi la posture de la mémorante qui rappelle que les résultats doivent être lus comme interprétation construite dans un contexte particulier. Au-delà de ces limites, des perspectives s'ouvrent quant à de possibles futures recherches notamment sur la double stigmatisation vécue par les femmes alcooliques et mères, sur l'évolution de l'illness identity

dans le temps, et sur le développement d'un cadre institutionnel qui protège ceux qui choisissent de le mettre leur vécu au service des autres.

Pour conclure, ce travail confirme que le statut de pair-aidant ne se limite pas à une fonction d'aide. En effet, il constitue une véritable source de reconstruction sociale et identitaire pour la personne abstinente qui l'exerce, et mérite d'être reconnu comme tel dans le paysage des soins belge.

8. Bibliographie

- Accueil - Réseau partenaires 107*. (2025, July 7). Réseau Partenaires 107. Consulté le 20 mars 2026 sur <https://www.reseaupartenaires107.be/>
- Allart M. et Lo Sardo S. (2019). *La pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles, états des lieux et guide méthodologique*. Forum Bruxellois de la lutte contre la pauvreté. <https://www.le-forum.org/uploads/Pair-aidance-web.pdf>.
- Anthony, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102–113. <https://doi.org/10.7202/014541ar>
- Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L, Lehr- Drylewicz AM., Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. (2008) *Exercer*, 19(84). http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf
- Académie du Rétablissement et de l'Expertise du Vécu (AREV) | Plateforme Bruxelloise pour la Santé mentale. (n.d.). <https://platformbxl.brussels/fr/nos-activites/academie-du-retablissement-et-de-lexpertise-du-vecu-arev>
- Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : un processus de redéfinition de soi. *Le sujet dans la cité*, 5(2), 76-84. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.005.0076>.
- Bartz M. (2025, 29 octobre). *La pair-aidance*. Femmes de Droit, asbl. https://femmesdedroit.be/wp-content/uploads/2025/10/2025.10.29_Pair-aidance.pdf
- Beuret, B. (2015). Baqué Marie-Hélène, Biewener Carole, L'empowerment, une pratique émancipatrice. *Genre Sexualité & Société*. Analyses et comptes-rendus. <https://doi.org/10.4000/gss.3264>
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des Psychologues*, n° 374(2), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>
- Chapireau, F. (2021). La désinstitutionnalisation psychiatrique : définitions, usages de la notion, et questions de méthode. *L'information psychiatrique*, 97(1), 39-43. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2201>.
- Charlier, É. et Sandron, L. (2018). Les pairs aidants : vecteurs ou victimes de précarisation du travail social ? *Le Sociographe*, 64, 71-83. <https://doi.org/10.3917/graph.064.0071>
- Corrigan, P. W. (Ed.). (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10887-000>
- Debruyne, C., & Donners, C. (2020). *Intégration de la pair-aidance dans une unité de soins psychiatriques de Belgique francophone : Résistances des pairs-aidants et/ou résistances des équipes soignantes ?* [Mémoire de maîtrise, UCLouvain]

<http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:22857>

- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- De Ketele J.-M., & Roegiers X., (1996). *Méthodologie du recueil d'informations : Fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Méthodes en sciences humaines. (3e édition), Paris : De Boeck Université.
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 15–30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>.
- Dujardin, F., Sandron, L., & Jamouille, P. (2017). La pair-aidance dans les domaines de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. Apport, enjeux et formation. *Observatoire (L)* n°92 <https://www.revueobservatoire.be/produit/la-pair-aidance-dans-les-domaines-de-la-sante-mentale-et-de-la-precarite-en-belgique-francophone-apport-enjeux-et-formation/>
- Dumez, Hervé. (2011). Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Le Libellio d'AEGIS*, 7(4), 47–58.
- Durand, B. (2020). Les origines de la pair-aidance. *Pratiques en santé mentale*, 66, 6–13. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0006>
- Edwards, G., Hensman, C., Hawker, A. *et al.* (1967). Alcoholics anonymous: The anatomy of a self help group. *Soc Psychiatry* 1, 195–204. <https://doi.org/10.1007/BF00578954>
- Ehrenberg, A. (2014). Faire société à travers l'autonomie. *Recherche & Formation*, 76, 107–118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2256>
- Formation pair-aidance – Réseau Nomade*. (n.d.). Consulté le 20 mars 2026 sur <https://reseaunomade.be/repertoire/formationpairaidance/>
- Fransolet, P. (2017). Accueillir des pairs aidants dans une institution psychiatriques : un cheminement personnel et institutionnel. *Observatoire (L)*, (92), 15-19
- 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(6) 9–104. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0089>
- Gopaldas, A. (2016), A front-to-back guide to writing a qualitative research article, *Qualitative Market Research*, 19(1), pp. 115-121. <https://doi.org/10.1108/QMR-08-2015-0074>
- Hachez, I. & Marquis, N. (2024, Décembre). Penser ou Panser la désinstitutionnalisation ? Les ouvertures et les tensions d'un chantier à haut risque. *Chaînon (le)*, (69), 60-65.

- Haliday, H. (2018). Quelles sont les limites des nouveaux courants en santé mentale ? Le cas de la santé mentale communautaire et de l'empowerment. *L'information psychiatrique*, 94(10), 835-840. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1886>.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 144(6), 727-735. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.727>
- Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic': Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(6), 759-771. <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9508-z>
- Histoire des AA – alcooliques anonymes. (s. d.). <https://www.alcooliquesanonymes.be/histoire-des-aa/>
- Hirlet, P. et Pierre, T. (2017). Ce que la désinstitutionnalisation de l'intervention sociale fait au travail (du) social ! *Sciences & Actions Sociales*, 7(2), 105-115. <https://doi.org/10.3917/sas.007.0105>.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- ISOSL (n.d.). ARIS Académie du rétablissement Consulté le 2à mars 2026 sur <https://www.isosl.be/mentalhealth/mhs.aspx?id=c763b725-5967-4808-8d3d-880a7de385c9>
- Jaeger, M. (2016). Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique: 1. L'anti-mythe Jean-Baptiste Pussin. *VST - Vie sociale et traitements*, 131, 104-119. <https://doi.org/10.3917/vst.131.0104>
- Jaspers, K. (1968). The phenomenological approach in psychopathology. *Br J Psychiatry*, 114(516), 1313-1323. <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1313>
- Kovess-Masféty, V. et Villani, M. (2019). Aidants profanes en psychiatrie et politiques sociales. *Revue française des affaires sociales* n°1, 55-74. <https://doi.org/10.3917/rfas.191.0055>.
- Lacaze, L. (2008). La théorie de l'étiquetage modifiée, ou l'« analyse stigmatisée » revisitée. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 5, 183-199. <https://doi.org/10.3917/nrp.005.0183>
- Larousse, É. (n.d.-b). *Définitions : aidant - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/aidant/10910266>
- Larousse, É. (n.d.-c). *Définitions : pair, pairs - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pair/57282>
- Launat, D. (2020). De qui suis-je le pair ? *Pratiques en santé mentale*, 66, 40-49. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0040>

- Launay, C., & Maugiron, P. (2017). Intégration d'un médiateur de santé-pair dans une équipe de soins, son rôle et ses fonctions. ... *Anales Médico Psychologiques*, 175(8), 741-746. <https://www.em-consulte.com/article/1178517/integration-d-un-mediateur-de-sante-pair-dans-une->
- Le Cardinal, P., Roelandt, J., 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*, 89, 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>
- Léonore, P. (2023). Chez les Alcooliques anonymes. *Commentaire*, 182, 407-411. <https://doi.org/10.3917/comm.182.0407>
- Lejeune, C. (2019). *Manuel d'analyse qualitative : Analyse sans compter* (2e éd.). De Boeck Supérieur. ISBN : 97828083235882.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. (*Annual Review of Sociology*, 27, 363–385 traduit par P. Jacquin). Annual Reviews. <https://sociologie.univ-paris8.fr/wp-content/uploads/2011/03/phelan-link-stigmat.pdf>
- Majerus, B. (2018). La désinstitutionnalisation psychiatrique. Un phénomène introuvable en Belgique dans les années 1960 et 1970? In H. Guillemain, A. KLEIN, ... M.-C. Thifault (Eds.), *Fin de l'asile ? : histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* (pp. 143-155). Rennes, Unknown/unspecified: Presses Universitaires de Rennes.
- Mathijsen, C. (2024). *Construction de l'identité professionnelle des pair-aidants. Enquête interactionniste en Belgique francophone.* ? [Mémoire de maîtrise, UCLouvain] <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:49190>
- Maugiron, P. (2020). Les différentes modalités qui déterminent l'accompagnement par les pairs. *Pratiques en santé mentale*, 66e 20-25. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0020>.
- Michel, P., Brudon, A., Pomey, M., Durieu, I., Baille, N., Schott, A., Dadon, I., Saout, C., Kouevi, A., Blanchardon, F., Volta-Paulet, B., Reynaud, Q., & Haesebaert, J. (2019). Approche terminologique de l'engagement des patients : point de vue d'un établissement de santé français. *Revue D Épidémiologie Et De Santé Publique*, 68(1), 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.010>
- Niard, C., Maugiron, P. et Franck, N. (2020) . Le pair-aidant professionnel : un nouvel acteur pour de nouvelles réponses. *Rhizome*, N°75-76(1), 17-26. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0017>.
- Ohura, N. *La pair-aidance dans les soins de santé mentale en Belgique et au Canada. Une lecture au prisme de l'approche par les capacités d'Amartya Sen* [mémoire de maîtrise, UCLouvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:42462>

- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0914>.
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>.
- PAT - Peer and Team | SMES*. (2026, May 12). Smes. <https://smes.be/fr/support/peer-and-team-support-pat/>
- Ploog, K., Séverine, E. H., Mariani-Rousset, S., Hezlaoui-Hamelin, S., Grosjean, L., & Pedersen, L. (2015). Mécanismes de co-construction et parcours identitaires : l'émergence de la parole dans le discours des usagers toxicomanes. In *HAL (Le Centre pour la Communication Scientifique Directe)*. <https://shs.hal.science/halshs-01385535>
- Pourquoi intégrer des pairs-aidants dans les équipes d'intervention?* (n.d.). <https://cremis.ca/publications/dossiers/lintervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/pourquoi-integrer-des-pairs-aidants-dans-les-equipes-dintervention-la-valeur-a-part-entiere-des-savoirs-experientiels-et-des-competences-issues-du-vecu/>
- Prades, J.-L. (2015). L'imagination participative Empowerment, pouvoir d'agir et actepouvoir. *Sciences & Actions Sociales*, 2(2), 198-216. <https://doi.org/10.3917/sas.002.0198>.
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853–861. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047> (Original work published July 1, 2014)
- Rivallan, A. (2015). Chapitre 2. Jean-Baptiste Pussin, le profane sacré gouverneur. Dans : Cyril Hazif-Thomas éd., *Profanes, soignants et santé mentale : quelle ingérence* (pp. 23-30). Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.hazif.2015.01.0023>
- Roelandt, J., Vinet, M., Delissen, S., Askevis-Leherpeux, F., & Chevreur, K. (2023). Impact of follow-up by peer support workers on mental health service users' global functioning and self-stigmatisation. *L Encéphale*, 50(4), 416–420. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.011>
- Rodríguez, E. M. (2022, December 27). La théorie de George Kelly sur les constructions personnelles. *Nos Pensées*. <https://nospensees.fr/la-theorie-de-george-kelly-sur-les-constructions-personnelles/>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Ryon, H. S., & Gleason, M. E. J. (2014). The Role of Locus of Control in Daily Life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(1), 121-131.

- Salzer M. S. (1997). Consumer empowerment in mental health organizations: concept, benefits, and impediments. *Administration and policy in mental health*, 24(5), 425–434. <https://doi.org/10.1007/BF02042724>
- Scheff, T. J. (1966). *Being Mentally Ill : A sociological theory*. Aldine.
- Sells, D., Ph. D., Davidson, L., Ph. D., Jewell, C., J. D. .. Ph. D., Falzer, P., Ph. D., & Rowe, M., Ph. D. (2006). The Treatment Relationship in Peer-Based and Regular Case Management for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(8), 1179–1184. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1179> (Original work published August 1, 2006)
- Sibley, A. L., Schalkoff, C. A., Richard, E. L., Piscalko, H. M., Brook, D. L., Lancaster, K. E., Miller, W. C., & Go, V. F. (2020). "I Was Raised in Addiction": Constructions of the Self and the Other in Discourses of Addiction and Recovery. *Qualitative health research*, 30(14), 2278–2290. <https://doi.org/10.1177/1049732320948829>
- Staedel, B. (2015, May). Pair-aidance et savoir expérientiel. *Santé mentale.fr*. <https://www.utep-besancon.fr/content/uploads/2022/01/Pair-aidance-et-savoir-expérientiel.pdf>
- Strazzeri, Z. (2022). *Étude exploratoire sur la pair-aidance Regards sur le sens de la vie et l'estime de soi des pairs-aidants*. [Mémoire de maîtrise, UCLouvain] <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:28555>
- Taïeb, O., Revah-Lévy, A., Baubet, T., & Moro, M. R. (2005). Les histoires des toxicomanes : intérêts de la notion d'identité narrative de Ricœur dans les addictions. *L Évolution Psychiatrique*, 70(4), 755–769. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2004.12.006>
- Taïeb, O., Reyre, A., Rouchon, J.-F., Baubet, T., Hirsch, E. et Moro, M.-R. (2010). La promesse dans les addictions : de la reconnaissance de soi à la reconnaissance mutuelle selon Hannah Arendt et Paul Ricœur. *Psychotropes*, . 16(1), 21-34. <https://doi.org/10.3917/psyt.161.0021>.
- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 143–154. <https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
- Troisœufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? *Rhizome*, 75-76(1), 27-36. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0027>
- Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Médico Psychologiques*, 175, 736-740. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.006>
- Von Bultzingsloewen, I. (2015). Vers un désenclavement de l'histoire de la psychiatrie. *Le Mouvement Social*, 253(4), 3-11. <https://doi.org/10.3917/lms.253.0003>.
- Quiles Marcos, Y., Terol Cantero, M. C., Romero Escobar, C., & Pagán Acosta, G. (2007). Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *European eating*

disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 15(5), 373–384.
<https://doi.org/10.1002/erv.793>

- Wanyee, Veronica W. and Arasa, Dr. Josephine (2020) Literature review of the relationship between illness identity and recovery outcomes among adults with severe mental illness, *Modern Psychological Studies*: 25(2), article 10.
- Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112950>
- Yin Robert K. (2012, 3ème ed.) *Applications of Case Study Research*. Sage Publications.,
- Young, L. B. (2010). Personal Construct Theory and the Transformation of Identity in Alcoholics Anonymous. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(6), 709–722. <https://doi.org/10.1007/s11469-010-9303-4>
- Waha, S. (2021). Pair-aidance : de l’ombre à la clarté. *La Revue Nouvelle*, 6, 54-63. <https://doi.org/10.3917/rn.216.0054>
- Waha, S. (2024). Pair-aidance et triangulation des savoirs. *Rhizome*, 88-89(1), 60-67. <https://doi.org/10.3917/rhiz.088.0060>.
- Wanyee, V. W. & Arasa, J. Dr. (2020) Literature review of the relationship between illness identity and recovery outcomes among adults with severe mental illness, *Modern Psychological Studies*, 25(2). <https://scholar.utc.edu/mps/vol25/iss2/10>

9. Annexes

9.1 Annexe 1 : Flyers



Recherche de participants pour un mémoire sur la pair-aidance.

Dans le cadre de mon mémoire intitulé « En quoi le statut d'un pair-aidant abstinent à l'alcool, influence-t-il son rôle social ? », je suis à la recherche de personnes abstinentes et exerçant comme pair-aidant afin de partager leur vécu.

Qui ?

Des personnes de plus de 18 ans,
Ayant une histoire avec la consommation d'alcool,
Exerçant comme pair-aidant (ayant ou non suivi la formation).

Déroulement :

Un entretien de groupe constitué de plus ou moins 6 personnes aura lieu en en visio
Cet entretien durera en moyenne 1h30.

Où ?

En visioconférence.

L'anonymat ainsi que la confidentialité seront préservés. Il est également possible de se retirer à tout moment et sans justification.

Pour plus d'informations ou pour vous inscrire, contactez-moi à l'adresse suivante
m.didricht@student.uliege.be ou au +32495251664



9.2 Annexe 2 : Formulaire de confidentialité au sein du groupe



Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation
Comité d'éthique

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY
CO-PRESIDENT : David STAWARCZYK
SECRETAIRE : Anne-Lise LECLERCQ

Formulaire de confidentialité au sein du groupe dans le cadre de la recherche “ En quoi le statut d'un pair-aidant, abstinent à l'alcool, influence-t-il son rôle social”

Le recueil de données associé à cette étude se déroule via des discussions au sein d'un groupe. Vous allez donc être confrontés aux opinions de différentes personnes concernant leur propre vécu en tant que pair-aidant. Afin que chacun puisse se sentir libre de s'exprimer, nous tenons à vous rappeler que ce qui se dit au sein du groupe est confidentiel et que ces informations, ainsi que le nom des personnes qui participent à ces échanges, ne doivent pas être divulgués à l'extérieur. Nous vous demandons donc de vous engager au respect de la plus stricte confidentialité concernant le contenu des discussions du groupe lors des sessions dirigées par l'expérimentateur. Cet engagement de confidentialité est attesté par la signature du présent document en deux exemplaires, l'un étant conservé par vous et l'autre par le chercheur responsable.

Titre du projet de recherche : « *En quoi le statut d'un pair-aidant, abstinent à l'alcool, influence-t-il son rôle social ?* »

Nom du chercheur responsable : Didricht Manon M.Didricht@student.uliege.be

Nom des promoteurs de recherche : Morsa Maxime Maxime.Morsa@uliege.be

Pelz Lucie Lucie.Pelz@uliege.be

Je, soussigné(e) [Nom et Prénom]

.....
.....

déclare comprendre le caractère confidentiel relatif aux personnes du groupe auquel je participe en tant que participant à une recherche

m'engage à ne pas divulguer l'identité, les informations personnelles ou les contenus présentés dans le groupe concernant les autres participants.

Date et signature :

9.3 Annexe 3 : Formulaire d'information au volontaire



**Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation
Comité d'éthique**

PRESIDENTE : Sylvie BLAIRY
CO-PRESIDENT : David STAWARCZYK
SECRETAIRE : Anne-Lise LECLERCQ

Formulaire d'information au volontaire

TITRE DE LA RECHERCHE

“ En quoi le statut d'un pair-aidant, anciennement alcoolique, influence-t-il son rôle social ?”

CHERCHEUR / ETUDIANT RESPONSABLE

Didricht Manon,
Etudiante en Master 2 en psychologie clinique
m.didricht@student.uliege.be

PROMOTEUR

Maxime Morsa

Université de Liège

Service de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'éducation

Bât. B32 Recherche qualitative
Quartier Agora
Place des Orateurs 2
4000 Liège
Belgique

DESCRIPTION DE L'ETUDE

Étant en Master 2 en psychologie clinique et afin finaliser ma formation universitaire, je suis à la recherche des participants pour mon mémoire s'intitulant : « *En quoi le statut d'un pair-aidant, anciennement alcoolique, influence-t-il son rôle social ?* »

En effet, l'objectif de cette étude est d'approfondir les connaissances sur le concept de la pair-aidance et plus particulièrement d'explorer l'influence que ce statut pourrait avoir sur la stigmatisation ou le rôle social.

Pour ce faire, des focus group seront organisés. C'est-à-dire, des groupes d'échange de parole autour de la thématique décrite plus haut. Ces groupes seront constitués d'environ 6 participants afin de créer un cadre propice aux échanges et au partage d'expérience

personnel. Il s'agira d'une rencontre d'1h30 avec les 6 participants en visioconférence. Les participants seront libres de quitter le projet à tout moment et sans justification. Les rencontres seront enregistrées afin de permettre la retranscription, mais l'anonymat et la confidentialité seront respectés et garantis pour chaque participant présent.

Pour participer à ce projet de recherche, différentes conditions sont nécessaires, à savoir: être majeur, avoir eu un trouble de la consommation d'alcool et être abstinent mais également exercer en tant que pair-aidant.

À la suite de ces échanges, l'anonymat et la confidentialité seront bien entendu assurés aussi bien par l'étudiante que par les autres membres du groupe. Un document de confidentialité devra être signé par chaque membre du groupe afin de s'en assurer. Il est également possible de se retirer du projet à tout moment et ce, sans justification.

Conservation des données.

Vos données personnelles (c'est-à-dire les données qui permettent de vous identifier comme votre nom ou vos coordonnées) seront conservées durant la réalisation de l'étude dans un endroit sûr pour un maximum de 2 ans. Cependant, elles seront détruites après la défense orale.

Enregistrement audio/vidéo

Afin d'assurer un traitement précis des données de recherche, votre participation implique que vous soyez enregistré. Si et seulement si vous donnez votre accord pour que ce soit le cas, cet enregistrement pourrait être utilisé 1) dans le cadre d'autres recherches.

Ces enregistrements seront conservés durant 1 an sur un dispositif sécurisé et validé par l'ULiège, par exemple un serveur de la faculté nécessitant un accès par mot de passe.

Les personnes qui y auront accès seront l'étudiante, le promoteur ainsi que l'assistante.

Avant de participer à l'étude, nous attirons votre attention sur un certain nombre de points.

Votre participation est conditionnée à une série de droits pour lesquels vous êtes couverts en cas de préjudices. Vos droits sont explicités ci-dessous.

- Votre participation est libre. Vous pouvez l'interrompre sans justification.
- Vos informations personnelles ne seront pas divulguées. Seules les données codées pourront être transmises à la communauté des chercheurs. Ces données codées ne permettent plus de vous identifier et il sera impossible de les mettre en lien avec votre participation.
- Le temps de conservation de vos données personnelles est réduit à son minimum. Par contre, les données codées peuvent être conservées *ad vitam aeternam*.
- Les résultats issus de cette étude seront toujours communiqués dans une perspective scientifique et/ou d'enseignement.
- En cas de préjudice, sachez qu'une assurance vous couvre.
- Si vous souhaitez formuler une plainte concernant le traitement de vos données ou votre participation à l'étude, contactez le responsable de l'étude et/ou le DPO et/ou le Comité d'éthique (cf. adresses à la fin du document).

Tous ces points sont détaillés aux pages suivantes. Pour toute autre question, veuillez-vous adresser au chercheur ou au responsable de l'étude. Si ces informations sont claires et que vous souhaitez participer à l'étude, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement. Conservez bien une copie de chaque document transmis afin de pouvoir nous recontacter si nécessaire.

Toutes les informations récoltées au cours de cette étude seront utilisées dans la plus stricte confidentialité et seuls les expérimentateurs, responsables de l'étude, auront accès aux données récoltées. Vos informations seront codées. Seul le responsable de l'étude ainsi que la personne en charge de votre suivi auront accès au fichier crypté permettant d'associer le code du participant à son nom et prénom, ses coordonnées de contact et aux données de recherche. Ces personnes seront tenues de ne JAMAIS divulguer ces informations.

Les données codées issues de votre participation peuvent être transmises dans le cadre d'une autre recherche en lien avec cette étude-ci. Elles pourront être compilées dans des bases de données accessibles uniquement à la communauté scientifique. Seules les informations codées seront partagées. En l'état actuel des choses, aucune identification ne sera possible. Si un rapport ou un article est publié à l'issue de cette étude, rien ne permettra votre identification.

Les modalités pratiques de gestion, traitement, conservation et destruction de vos données respectent le Règlement Général sur la Protection des Données (UE 2016/679), les droits du patient (loi du 22 août 2002) ainsi que la loi du 7 mai 2004 relative aux études sur la personne humaine. Toutes les procédures sont réalisées en accord avec les dernières recommandations européennes en matière de collecte et de partage de données.

Le responsable du traitement de vos données à caractère personnel est l'Université de Liège (Place du XX-Août, 7 à 4000 Liège), représentée par sa Rectrice. Ces traitements de données à caractère personnel seront réalisés dans le cadre de la *mission d'intérêt public* en matière de recherche reconnue à l'Université de Liège par le *Décret définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études* du 7 novembre 2013, art. 2 ; et, pour les données particulières, sur la nécessité de traiter ces données à des fins de recherche scientifique (RGPD, Art. 9.2.j). Vous bénéficiez des droits suivants sur vos données à caractère personnel : droits d'accès, de rectification et d'effacement de cette base de données, ainsi que du droit de limiter ou de s'opposer au traitement des données. Pour exercer ces droits, vous devez vous adresser au chercheur responsable de l'étude ou, à défaut, au délégué à la protection des données de l'Université de Liège, dont les coordonnées se trouvent au bas du formulaire d'information. Le temps de conservation de vos données à caractère personnel sera le plus court possible, avec une durée de maximum 2 ans. Les données issues de votre participation à cette recherche (données codées) seront quant à elles conservées sans limite de temps.

Si vous changez d'avis et décidez de ne plus participer à cette étude, nous ne recueillerons plus de données supplémentaires vous concernant et vos données d'identification seront détruites. Seules les données rendues anonymes pourront alors être conservées et traitées. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be).

Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche. Le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte à la participation à cette étude. Dans cette optique, le promoteur a souscrit un contrat d'assurance auprès d'Ethias, conformément à l'article 29 de la loi belge relative aux expérimentations sur la personne humaine (7 mai 2004).

Vous signerez un consentement éclairé avant de prendre part à l'expérience. Vous conserverez une copie de ce consentement ainsi que les feuilles d'informations relatives à l'étude.

Cette étude a reçu un avis favorable de la part du comité d'éthique de la faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation de l'Université de Liège. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

9.4 Annexe 4 : Guide d'entretien

1. Introduction et cadre.

Bonjour à tous, je m'appelle Manon Didricht et je termine actuellement mon mémoire en psychologie clinique. J'ai suivi durant mon master, l'option délinquance et toxicomanie. Suite à cela, j'ai choisi comme sujet de mémoire: « **La pair-aidance dans le milieu de l'addiction à l'alcool** ».

Le but de ce travail est de comprendre ce qui vous a amené à devenir pair-aidant, ce que cela représente pour vous et comment ce rôle s'inscrit dans votre histoire/ parcours de vie. Pour ce faire, j'organise des focus group afin d'échanger sur ce sujet et d'avoir des partages d'opinions.

Avant toute chose, je rappelle que cet échange est **confidentiel** et que vous avez signé un document qui vous engage à ne **rien divulguer de cette rencontre**. Votre **anonymat sera préservé**, car vos noms et prénoms seront modifiés, et seul mon promoteur et moi-même aurons accès à l'enregistrement. Par ailleurs, je vais enregistrer cette conversation à des fins de transcription, et l'enregistrement sera supprimé une fois le travail terminé.

Vous avez tout à fait **le droit de ne pas répondre à une question**, et ce, sans donner de justification. Vous avez également **le droit de vous rétracter à tout moment**, toujours sans justification.

Je vous demande simplement de respecter la parole de chacun et de faire preuve de **bienveillance** et de **respect envers tout le monde**.

Avez-vous des questions ?

Avant de commencer, je propose que chacun se présente brièvement par son prénom ou son pseudonyme, et nous indique depuis combien de temps il est pair-aidant et où.

2. La signification de terme pair-aidant.

Thème	Question principale	Relances possibles
<i>Représentation du rôle</i>	Que signifie pour vous « être pair-aidant ? »	- Est-ce que tout le monde se reconnaît dans cette explication ? - D'autres avis, choses à ajouter ?
<i>Devenir pair-aidant</i>	Que pensez-vous du cadre légal autour de la fonction de pair-aidant ?	- Certaines personnes n'ont pas de formation, comment vous sentez-vous dans ce rôle ?

3. Image de soi et construction identitaire (25 minutes).

Thème	Question principale	Relances possibles
<i>Image de soi actuelle</i>	Comment vous décririez-vous aujourd'hui dans votre rôle de par-aidant ? Quels mots vous viennent spontanément ?	- Est-ce différent de la façon dont vous vous perceviez avant ? - Est-ce que certains se reconnaissent dans ce qui vient d'être dit ?
<i>Evolution identitaire</i>	Depuis votre engagement comme pair-aidant, avez-vous observé un changement de votre image de vous-même ?	- En quoi cette image a-t-elle changée ? - Quels aspects ont selon vous évolués voir été transformés ?
<i>Articulation des identités</i>	Comment articulez-vous aujourd'hui votre identité de personne en rétablissement et celle de pair-aidant ?	- Est-ce parfois difficiles de tenir ces deux places ? - Est-ce que l'une prend parfois le dessus sur l'autre ?

4. Stéréotypes, stigmatisation et regard social. (20 minutes)

Thème	Question principale	Relances possibles
<i>Stéréotypes liés à l'alcool</i>	Quels stéréotypes existent, selon vous, autour de l'alcoolisme et des personnes qui en ont souffert ?	- Aviez-vous ces stéréotypes avant votre parcours ? - Ces stéréotypes ont-ils eu un impact sur votre image de vous-même ?
<i>Regard extérieur</i>	Comment percevez-vous le regard sur les pair-aidants, spécifiquement dans le champs de l'alcool ?	- Un regard plutôt positif, négatif, intrigué ?
<i>Regard sur le pair-aidant</i>	Comment vous sentez-vous dans votre rôle par rapport aux autres professionnels (médecins, psychologues, infirmières, ...) ?	- Est-ce que cette place a été facile à prendre ? - Comment s'est passé l'intégration dans l'équipe ? - Avez-vous un cadre d'exercice de votre fonction ?

	Pour ceux qui n'ont pas le statut, quel est votre ressenti là-dessus ?	- Est-ce que le statut de pair-aidant apporte une légitimité différente ou n'est-il pas nécessaire selon vous ?
--	--	---

5. Empowerment , rétablissement et effets du rôle de pair-aidant. (10-15 minutes)

Thème	Question principale	Relances possibles
<i>Sens du rôle</i>	Qu'est-ce que le fait d'être pair-aidant représente dans votre parcours ?	- Est-ce que ce sens a évolué avec le temps ?
<i>Cotûre</i>	S'il y avait une chose à retenir de votre expérience de pair-aidant, quelle serait-elle ?	- Est-ce que quelqu'un souhaite réagir ou compléter ce qui a été dit ? - Y'a-t-il des choses qui n'ont pas été abordées et que vous souhaiteriez rajouter ?

Merci à tous pour votre participation à ce projet de mémoire.