

**Faculté de psychologie et des sciences
de l'éducation**

Etude exploratoire sur la pair-aidance

**Regards sur le sens de la vie et l'estime de
soi des pairs-aidants**

Premier tome

Auteur : Zoé Strazzeri
Promoteur : Nicolas Pinon
Année académique 2020-2022
Master [120] en Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée,
option clinique adulte

Remerciements :

Je tiens à remercier mes sœurs : Rachel et Sarah, qui m'ont soutenue et aidée dans la rédaction de ce présent mémoire et qui sont toujours à mes côtés. Mes parents pour leur aide et leur soutien en tout point de vue dans la poursuite de mes études et de mes rêves. Ils ont contribué chacun à leur manière à mon développement personnel et professionnel. Je leur en serai éternellement reconnaissante.

Merci à Maëlle pour ses nombreuses lectures et pour m'avoir donné ses précieux conseils. Merci pour ton soutien indéfectible.

Merci à mes grands-parents pour leur soutien et leurs encouragements dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à mon promoteur, le professeur Nicolas Pinon, pour sa disponibilité, ses précieux conseils, ses encouragements, ses lectures et sa bienveillance. Son aide m'a permis de mener ce travail de manière constructive. Nos échanges furent riches et intéressants.

Merci à Diego, Anne, Pénélope, Maggy, Françoise, Lorenzo et Adèle

Finalement, je remercie tous les pairs-aidants pour leur participation et leur gentillesse.

Le plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain ».

Table des matières

Introduction.....	8
Chapitre 1 : La pair-aidance.....	10
1.1. Introduction.....	10
1.2. Historique	10
1.2.1. Le commencement de la pair-aidance	10
1.2.2. D'objet de soin à sujet de soin	11
1.2.3. Le développement des recherches sur la pair-aidance	11
1.3. Formation	13
1.4. Les savoirs expérientiels	14
1.4.1. Savoir théorique versus savoir pratique	16
1.5. Que font les pairs-aidants ?.....	16
1.5.1. Les différents types de groupes.....	18
1.6. Quelles valeurs ? Comment ?.....	19
1.7. Les concepts liés à la pair-aidance.....	21
1.8. Fonctions et effets de la pair-aidance	24
1.9. Analyse des Alcooliques Anonymes, sont-ils des pairs-aidants ?.....	25
1.10. La pair-aidance, un métier ?.....	26
Chapitre 2 : Le Sens.....	28
2.1. Qu'est-ce que le sens ?	28
2.2. La quête de sens : une aide dans le rétablissement	30
2.3. Le sens au travail	32
Chapitre 3 : Estime de soi	34
3.1. Qu'est-ce que l'estime de soi ?	34
3.2. Estime de soi avant la prise du chemin de rétablissement	36
3.3. L'estime de soi du travailleur pair	38
3.4. Restauration de l'estime de soi.....	39
Chapitre 4 : Synthèse.....	42
Chapitre 5 : La méthodologie	44
5.1. Contexte de la recherche : Impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s'y adonne	44
5.2. Choix méthodologique et justifications	44
5.2.1. La validité de la recherche qualitative	44
5.2.2. L'entretien semi-directif.....	45
5.3. L'échantillon.....	46
5.4. Construction du guide d'entretien.....	47

5.5. La méthode d'analyse de données	47
Chapitre 6 : L'analyse.....	49
6.1. Les pairs-aidants / participants	49
6.2. L'analyse et présentation des résultats	53
Illustration 1 : Arbre thématique de départ.....	54
6.2.1. Perception du métier	55
6.2.2. Meilleure compréhension de soi à travers l'aide	55
6.2.3. Le sens de la vie.....	56
6.2.3.1. Sentiment de cohérence.....	57
6.2.3.2. Buts et objectifs du pair-aidant	57
6.2.3.3. Sentiment de valeur et d'importance.....	57
6.2.4. Le sens au travail	58
6.2.4.1. Les valeurs attribuées à la pair-aidance	58
6.2.4.2. Les motivations du pair-aidant	58
6.2.4.3. Cohérence	62
6.2.5. L'estime de soi avant et après la pair-aidance	63
6.2.6. Le savoir expérientiel	64
6.2.7. Le self-care	65
6.2.8. Les difficultés et les facilités.....	65
6.2.9. La stigmatisation.....	66
6.2.10. Le modèle de Brickman	67
Illustration 2 : Arbre thématique final	70
Chapitre 7 : Discussions.....	71
7.1. Le sens.....	71
7.2. L'estime de soi.....	73
7.3. La pair-aidance : apports et savoirs	74
7.4. Eléments nouveaux issus de notre recherche et non documentés dans la partie théorique.....	75
7.4.1. Les facilités et difficultés des pairs-aidants	75
7.4.2. Le modèle de Brickman	75
7.4.3. La perception du métier.....	76
7.5. Les limites.....	77
7.6. Perspectives.....	77
Chapitre 8 : Conclusion	79
Bibliographie :	80
Annexes :	95

Annexe 1 : Recherches des années 2000 sur la pair-aidance.....	95
Annexe 2 : Informations supplémentaires sur la formation à la pair-aidance.....	96
Annexe 3 : Recherche de Charlier (2020) sur les groupes de parole.....	97
Annexe 4 : Limites de l'approche diagnostique	98
Annexe 5 : Analyse transversale de l'arrivée de la pair-aidance.....	99
Annexe 6 : Analyse transversale des tâches du pair-aidant	99
Annexe 7 : Analyse transversale de la formation du pair-aidant	101
Annexe 8 : Analyse transversale du développement de la pair-aidance	101
Annexe 9 : Analyse des experts du vécu, sont-ils des pairs-aidants ?.....	102

Introduction

Depuis les années 80, la pair-aidance se développe très progressivement, notamment avec le mouvement des Alcooliques Anonymes. Vers les années 2000, des recherches d'envergure sont réalisées sur l'efficacité des pairs-aidants dans les équipes de soins. Aujourd'hui, la pair-aidance est toujours en évolution. Les pairs-aidants sont encore méconnus et l'intégration de ces derniers dans les équipes de professionnels fait émerger diverses craintes : la rechute, le remplacement des professionnels par des pairs-aidants, la faculté à prendre du recul chez les pairs-aidants, etc. Peu d'études s'intéressent aux vécus des pairs-aidants et aux impacts de la pair-aidance sur ceux-ci. En effet, quelles sont leurs tâches et motivations ? Ce travail procure-t-il du sens et du bien-être ? Qu'en est-il de l'estime de soi de ces personnes ayant traversé des difficultés et utilisant l'enseignement de celles-ci pour aider autrui ? Comment utilisent-ils leur savoir expérientiel ? Y-a-t-il des formations pour pouvoir remplir ce rôle ?

Pour répondre à ces questions, nous investiguerons la littérature. L'historique de la pair-aidance permet de contextualiser le phénomène étudié. Nous parcourons, ensuite, les recherches à grande ampleur faites sur la pair-aidance. Les pairs-aidants utilisent leur savoir expérientiel dans le but d'aider autrui ; notion que nous définirons plus avant dans ce mémoire. Nous nous intéresserons ensuite aux tâches des pairs-aidants et donc, par extension, aux différents types de groupes où ils opèrent, en examinant les recherches de Charlier (2018), pour favoriser une meilleure compréhension des groupes dans lesquelles nous retrouvons les pairs-aidants.

Les valeurs, les concepts et les fonctions des pairs-aidants ont aussi été intégrés dans ce mémoire. La notion de stigmatisation en santé mentale sera abordée et définie grâce aux écrits de Mead et MacMeil (2006) ainsi que Sebbane et ses collaborateurs (2019).

Nous analyserons la différence entre les parrains/marraines des Alcooliques Anonymes et les pairs-aidants qui sont, tous deux, des utilisateurs du savoir expérientiel mais qui l'appliquent à leur façon, que ce soit dans un contexte différent ou dans un mode de prise en charge différent. Pour ce faire, le modèle de Brickman (1982) sera utilisé pour classer les prises en charge selon les quatre catégories différentes : psychologique, morale, spirituelle et biomédicale. Nous terminerons notre premier chapitre sur la pair-aidance en parlant de la formation à la pair-aidance.

Nous avons décidé, pour répondre à notre problématique, d'intégrer des chapitres pouvant nous donner une orientation de recherche quant aux impacts psychologiques de la pair-aidance. Ce fut donc un choix d'analyser le concept du sens (de la vie et au travail) et celui de l'estime de soi. Dans le chapitre relatif au sens, nous nous intéresserons aux multiples définitions du sens de la vie ainsi qu'à ses composantes : la cohérence, le but et l'importance (Medlock, 2016). Nous nous sommes demandé si la recherche de sens pouvait être une aide dans le rétablissement. Pour tenter de répondre à cette question, les conséquences de la confrontation des pairs-aidants face aux événements négatifs de la vie d'autrui seront pris en compte car, comme le confirme certaines recherches, la confrontation contribue au développement du bien-être subjectif (Frankl, 2009 ; Gomez et al, 2009). Enfin, dans ce chapitre relatif au sens, le sens au travail sera investigué en utilisant la littérature relative aux trois composantes du sens au travail : la signification donnée, l'orientation et la cohérence (Morin & Cherré, 1999). Nous y ajouterons également la théorie des besoins psychologiques : sentiment d'autonomie, sentiment de compétence et sentiment d'appartenance qui permettent un fonctionnement optimal (Ryan & Deci, 2017). Le dernier chapitre de notre revue de littérature, sur l'estime de soi, intégrera, quant à lui, les définitions, les attributs, les composantes, les antécédents et les conséquences de l'estime de soi. Nous nous questionnerons sur l'estime de soi *avant* la prise du chemin de rétablissement en nous demandant si des problématiques de dépendance, bipolarité ainsi que de stigmatisation et d'auto-stigmatisation ont un impact sur l'estime de soi. Nous porterons ensuite notre attention sur l'influence de l'aide sur l'estime de soi des aidants et, enfin, sur la restauration de celle-ci.

Cet examen de l'état de l'art sur ces sujets nous permettra de poser notre question de recherche : « Quels sont les impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s'y adonne ? ». Le but de ce mémoire est de faire le tour de la pair-aidance selon cette perspective.

Pour répondre à cette question de recherche, nous utiliserons une technique de collecte de données : les entretiens semi-directifs. Nous réaliserons à la suite une série d'entretiens avec différents pairs-aidants provenant de contexte de soins divers : addictologie, bipolarité, précarité et maladies sexuellement transmissibles. Nous analyserons les données du terrain en recourant à l'analyse thématique et nous discuterons ces dernières avec la théorie mobilisée auparavant. Nous concluons par les limites et perspectives offertes par ce mémoire.

Chapitre 1 : La pair-aidance

1.1. Introduction

Comme énoncé dans notre introduction, notre premier chapitre s'emploie à faire le tour de la littérature relative à la pair-aidance. Quel impact le fait d'être pair-aidant a-t-il sur la personne pair-aidante ? Quel est le chemin à parcourir pour le devenir ? Y a-t-il des formations qui y conduisent ? Le rôle de pair-aidant influe-t-il sur l'estime de soi chez celui qui s'y adonne ? Quels sont les concepts qui permettent de mieux appréhender la pair-aidance ? Pourquoi des personnes s'engagent-elles comme pair-aidantes ? Nous comptons donc développer une recherche exploratoire pour approfondir cette notion.

1.2. Historique

1.2.1. Le commencement de la pair-aidance

La pair-aidance se définit comme « l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique » (Gardien, 2017, 199 ; cité par Sizaret, 2020). Concernant l'aspect historique de la pair-aidance, Davidson et ses collaborateurs, en 2012, font remonter l'origine de la pair-aidance qui inclut l'utilisation d'un savoir expérientiel à la fin du 18^e siècle. Jean Baptiste Pussin « est considéré comme le premier pair-aidant de l'histoire moderne » (Godrie, 2016, 121). Il fut interné dans l'Hôpital Bicêtre de Paris et est par la suite devenu « gouverneur de fou », c'est-à-dire surveillant et soignant des autres malades.

En 1930, le développement des groupes de parole tels que ceux des Alcooliques Anonymes se poursuit. Les personnes en souffrance deviennent à leur tour « soignantes » en utilisant leurs propres expériences comme savoirs dans la relation.

Les auteurs se sont mis d'accord sur le fait que la première apparition du terme de « savoir expérientiel » date de 1976 dans un article sur une analyse du savoir expérientiel dans les groupes de pairs écrit par Tomisina Borkman. Elle définit donc le savoir expérientiel comme « une vérité tirée de l'expérience personnelle relative à un phénomène, plutôt qu'une vérité acquise par le raisonnement discursif, l'observation ou la réflexion sur des informations fournies par d'autres » (Borkman, 1976, cité par Cartron et al, 2021,78). Peu après, le courant humaniste fait aussi grand bruit en se centrant sur l'humain et en mettant en avant la richesse de la connaissance qu'a chaque personne sur elle-même et sur le(s) sujet(s) qui la concerne(nt). La notion d'empowerment se développe, qui est, à son tour, définie comme « un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux

communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie. » (Benamar et al, 2014, 3)

1.2.2. D'objet de soin à sujet de soin

Dans les années 80, le concept d'empowerment voit le jour. On voit apparaître des mouvements chez les « anciens usagers » de réappropriation du pouvoir « par et pour » les usagers comme le revendique Judi Chamberlin en 1988. Le but de ces revendications est de ne plus considérer le malade comme un ensemble de symptômes, mais comme un être fait d'espoir qui peut redonner un sens à sa vie (Le Cardinal et al, 2013). Ces revendications peuvent paraître anodines, mais il y a là une révolte des usagers qui ne souhaitent plus être dépendants des soignants. Ils vont donc petit à petit passer d'objet de soin à sujet de soin en reprenant le contrôle actif de leur chemin de soin. Cette révolte va mettre en place des réseaux d'usagers pour les usagers. Aux États-Unis sont créés des mouvements de défense des droits des usagers tels que le mouvement « Psychiatric Survivors » qui remet en cause le système de soins classique et réunit un ensemble de personnes ayant vécu des expériences négatives (Le Cardinal et al, 2013).

Dans les années 90, un mouvement d'entraide entre usagers se développe en Amérique et s'approprie le concept de « recovery » dans l'idée que les patients ont le droit de prendre leur santé sous leur responsabilité et il revendique le fait d'avoir plus de liberté sans être catégorisés comme guéris ou pas. Le terme « Recovery », équivalent en français d'« être en rétablissement », est repris par des anciens usagers mais aussi des chercheurs dont Larry Davidson (1992) qui distingue « recovery » et « recovery from serious mental illness » ; ce dernier signifiant que le patient n'a plus de symptômes, en référence à des échelles biomédicales et qu'il est donc considéré comme guéri. Le terme simple de « recovery » « considère la maladie comme une condition de vie à long terme de laquelle il est possible de se rétablir » (Le Cardinal et al, 2013, 367) et implique un savoir expérientiel du à cette condition. Ce terme permettrait donc de ne plus être caractérisé comme malade mais comme une personne qui se rétablit sans être ni guérie ni malade. La savoir expérientiel et le rétablissement sont deux concepts de base dans le champ de la pair-aidance. Le savoir expérientiel sera plus détaillé dans la suite de ce mémoire.

1.2.3. Le développement des recherches sur la pair-aidance

Dans la fin des années 1990 et au début des années 2000, les pratiques de pair-aidance se développent fortement avec l'apparition de plusieurs groupes de pairs en dépendance et de plus en plus de recherches se font sur la pair-aidance.

Le développement de recherche sur la pair-aidance a permis de mettre en évidence plusieurs points, comme le fait que lorsqu'un pair-aidant intègre une équipe de soins qui n'y a pas été préparée, l'intégration se passe le plus souvent mal. Néanmoins, malgré la non-intégration du pair-aidant, les pairs-aidés reconnaissent l'utilité du pair-aidant dans leur chemin de soin. (Gélinas, 2014).

Nous détaillerons une recherche dans ce mémoire, celle qui nous semble la plus pertinente car elle relève les impacts du travail sur les soignants, les pairs-aidés et les pairs-aidants. Néanmoins, nous vous invitons à vous référer à l'annexe 1 pour avoir plus d'informations concernant les autres recherches menées sur le sujet.

En 2009, une évaluation qualitative du Programme national écossais a été mise en place sur six sites où des pairs-aidants avaient été embauchés. « L'objectif principal de l'étude était de mesurer l'impact d'un tel programme au niveau des usagers, des équipes et des pairs-aidants eux-mêmes. » (Le Cardinal et al, 2013, 369). Les chercheurs ont relevé plusieurs impacts. Premièrement, sur les usagers, ils ont remarqué : une satisfaction des interventions, plus d'espoir concernant le rétablissement, plus de lien entre les soignants et les usagers via le pair-aidant, plus de contrôle pour les usagers sur leur rétablissement grâce à des activités utiles, certains usagers n'ont pas compris et ne souhaitaient pas l'aide des pairs-aidants. Deuxièmement, concernant l'impact sur l'équipe, ils ont remarqué que : tous les pairs-aidants ont été bien intégrés « mais là où ils travaillent le mieux sont là où les pratiques sont « orientées vers le rétablissement ». (Le Cardinal et al, 2013, 369). Il y a eu des « difficultés concernant la confidentialité, le transfert d'informations et l'impact des relations entre pairs » (Idem). Certains professionnels dans les équipes restent contre à leur intégration. Les pairs-aidants ont quand même montré leur utilité dans une approche complémentaire aux équipes de santé mentale et enfin « les pairs-aidants demandent une meilleure formation sur la gestion de l'agressivité, l'évaluation des risques, l'influence du changement. » (Le Cardinal et al, 2013, 369). Troisièmement, les impacts sur les pairs-aidants sont les suivants : ce fut un challenge pour les pairs-aidants : reprise du travail, apprendre, intégrer des équipes, faire face à des difficultés qu'ils ont vécues à travers les autres. Les chercheurs ont néanmoins remarqué que faire face à ces défis permettait aux pairs-aidants d'avoir plus de « confiance en eux et d'augmenter leur estime d'eux-mêmes » (*Ibidem*, 2013). Cette recherche a mis en avant une complémentarité des informations avec les professionnels. Une limite de cette étude est le faible échantillon et le « fait que les usagers interrogés aient été désignés par les pairs-aidants. » (*Ibidem*, 2013,

369) Ce qui constitue à notre sens, un gros biais dans l'interprétation des résultats concernant les impacts que les pairs-aidants ont sur les usagers.

Aujourd'hui, la pair-aidance se fait de plus en plus connaître, mais encore peu d'études montrent l'impact des pairs-aidants sur les usagers. Encore moins d'études montrent l'impact d'être pair-aidant. Il y a, néanmoins, un développement des formations pour devenir pair-aidant afin de permettre aux pairs-aidants de travailler dans les institutions en ayant une formation académique pour mieux appréhender ce savoir expérientiel.

1.3. Formation

Des formations ont été mises sur pied au cours du développement de la pratique de la pair-aidance. En santé mentale, des programmes sont développés pour former à la pair-aidance. Les personnes formées peuvent ensuite être embauchées dans des équipes de soin de milieux communautaires et institutionnels. (Godrie, 2016). Le travail pair a une prémisse plutôt radicale : « La valorisation salariale de la souffrance psycho-sociale et du rétablissement. Ou, pour le dire autrement, le fait de transformer un vécu difficile en atout professionnel comparable à la formation ou à l'expérience professionnelle. » (Allart & Lo Sardo, 2020 ; 7). En effet, transformer une expérience douloureuse et difficile en atout pour l'utiliser en aidant les autres, le tout en gagnant sa vie si effectivement le pair-aidant est salarié. Lors d'un passage de vie difficile, les personnes acquièrent indéniablement des savoirs. Le pair-aidant est passé par l'institutionnalisation et connaît les effets de substances et/ou d'un trouble sur sa personne, ce qui lui donne une idée globale de ce que traversent les autres.

Le service des Sciences de la Famille de l'Université de Mons propose une formation à la pair-aidance en santé mentale, précarité et addictions depuis 2016. La formation, basée sur des méthodes participatives et gratuites, permet de comprendre et d'apprendre le métier de pair-aidance. Ce métier n'est pas à voir comme un instrument d'insertion socio-professionnelle mais comme l'inclusion d'intervenant.e.s « et dont l'expertise est déterminante dans l'accompagnement de publics fragilisés et dans l'évaluation des processus institutionnels qui les concernent. » (Allart & Lo Sardo, 2020 ; 8).

Godrie, en 2016, explique cependant que de plus en plus de dispositions sont développées pour permettre aux pairs-aidants de se former et d'avoir l'opportunité d'être embauchés dans les institutions.

Depuis 2008, il existe une certification au Québec dans le domaine de la pair-aidance en santé mentale délivrée par Pairs Aidants Réseau (PAR) sous l'égide de l'Association

Québécoise de réadaptation psychosociale (Lagueux et al, 2008). En Belgique, le concept de la pair-aidance prend du temps à émerger contrairement au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à l’Australie, au Danemark, en Hollande et en Suisse qui intègrent les pairs-aidants dans leur institution plus simplement et les forment depuis plusieurs années déjà. (Solidarités Usagers Psy, 2022)

Des formations ont été mises sur pied et, en Flandre, les pairs-aidants sont formés en Haute-Ecole depuis 2011. Il existe 3 Hautes-Ecoles (Hautes-écoles de Gand et Courtrai, Haute-école Thomas More, Haute-école Sociale de Heverlee) et une ASBL (UilenSpiegel ASBL) (Psytoyens, 2017). Comme cité plus haut, en Wallonie, c’est en 2016 que naît la première formation pour les pairs-aidants à l’Université de Mons dans le service des Sciences de la Famille (Seghrouchni, 2018). Cette formation permet aux personnes de manier leurs habilités à écouter et à soutenir. La prise de recul est aussi enseignée, car elle est nécessaire pour leur travail d’aidant. (Bonnami, 2019 ; Sandron & Dujardin, 2018). La formation donne l’opportunité de renforcer leur savoir expérientiel et de le mêler à un savoir davantage professionnel. (Godrie, 2017b ; Sandron, 2018 ; UMons, 2022). Enfin, plusieurs auteurs insistent sur la participation à la formation pour permettre au pair-aidant à prendre suffisamment de recul (Bonnami, 2019 ; Dujardin et al, 2017 ; Sandron, 2018). La formation donnée par l’Université de Mons est bien structurée, nous vous invitons à vous référer à l’annexe 2 pour avoir plus détails quant à l’organisation de cette dernière.

Vous l’aurez compris le savoir expérientiel est la base de la pair-aidance. Néanmoins, ce savoir est peu reconnu dans notre pays par rapport au savoir professionnel ou théorique (Wallot, 2017). Comme l’expriment Gagné et Savard en 2013 à travers une formation donnée dans le cadre de l’association québécoise pour la réadaptation psychosociale, la combinaison du savoir expérientiel et de l’expertise professionnelle est une combinaison gagnante. Il nous semble donc important de porter notre attention sur les savoirs expérientiels.

1.4. Les savoirs expérientiels

Le savoir expérientiel est important à définir dans ce mémoire car il est une base importante dans la pratique de la pair-aidance.

Le savoir expérientiel est un savoir parmi d’autres savoirs tels que : intellectuel, savant, faire, être, profane, professionnel, etc. (Dallaire & Jovic, 2021). L’expérience peut être définie de bien des manières, les dictionnaires décrivent celle-ci comme « Pratique de

quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude ; connaissance tirée de cette pratique » (Larousse, 2022). Pour Robert Nadeau, « l'expérience ordinaire, c'est la conscience, informée par les sens, qui relie l'être humain à son environnement » (Cartron et al, 2021, 77). Pour certains auteurs, l'expérience permet de construire des connaissances. Le sens et le fait de vivre une expérience sont une manière d'apprendre. Aristote, Hume, Locke étaient des auteurs qui se rangeaient dans cette conception contrairement aux scientifiques plus rationalistes tel que Kant qui rejetait les connaissances basées uniquement sur l'expérience car celles-ci n'étaient pas assez rigoureuses selon lui. (Dallaire & Jovic, 2021). Renaud Barbaras explique, quant à lui, que les connaissances venant de l'expérience ne sont pas à rejeter mais pas à généraliser non plus car elles ne sont valables que dans le contexte de l'expérience pour une personne unique. (Barbaras, 1998). L'expérience serait limitée par « la capacité de sens, la capacité de compréhension de la situation et la subjectivité de la personne (modulée par sa culture, son histoire, ses croyances, ses besoins, etc.) qui vont influencer la perception de cette situation » (Cartron et al, 2021, 77) et par toutes les stratégies que la personne peut mettre en place telles que la créativité, la tolérance, etc (Cloutier & Maugiron, 2016). Cette notion de savoir expérientiel serait donc liée à une certaine subjectivité étant donné qu'elle provient d'un vécu individuel d'une expérience dans un contexte bien particulier. Les savoirs expérientiels sont des savoirs incarnés. En santé mentale, ces savoirs sont souvent un mélange entre des savoirs médicaux et des savoirs liés à l'expérience intime de la maladie (Noël-Hureaux, 2019). En revanche, Noël-Hureaux exprime dans son article en 2019 que l'expérience vécue n'est pas suffisante pour créer un savoir expérientiel, il est nécessaire de manier cette expérience avec ses outils personnels pour organiser l'imprégnation de ces savoirs. Transmettre son savoir expérientiel sur une situation similaire est un mécanisme qui transforme un savoir unique et personnel à un savoir partagé qui ouvre le champ des possibles à travers la recherche de solution (Shubert & Borkman, 1994, cités par Solomon, 2004 ; Walker & Bryant, 2013). Le vécu d'expériences similaires aux pairs-aidés permet aux pairs-aidants de comprendre plusieurs aspects de ce vécu tels que :

l'expérience d'être diagnostiqué, hospitalisé et médicamenté ;
l'utilisation des services dans le réseau de la santé mentale et des autres ressources dans la communauté ; la perte d'estime de soi et l'auto-stigmatisation ; la connaissance du sentiment d'être envahi par une souffrance émotionnelle intense ou par des délires ; la compréhension des obstacles que la personne utilisatrice affronte

tels que l'exclusion, la pauvreté et la stigmatisation ; l'identification des problèmes, la responsabilisation, les stratégies pour faire face aux difficultés ; l'empathie, la tolérance, la flexibilité ; la démarche de réadaptation et le franchissement des étapes dans le processus de rétablissement (Cloutier & Maugiron, 2016, 756)

1.4.1. Savoir théorique versus savoir pratique

Une distinction que l'on peut mettre en avant est le savoir pratique versus le savoir théorique. Le savoir expérientiel se trouve-t-il du côté pratique ou théorique ou est-il un mélange des deux ?

Claudine Tiercelin, professeure au Collège de France, philosophe et directrice de la chaire Métaphysique et philosophique de la connaissance s'est penchée sur cette distinction en analysant de manière détaillée les écrits de Gilbert Ryle, philosophe anglais. Ryle, en 1945, critique la conception cartésienne qui stipule que « la connaissance pratique obéit à des règles qui ne sont pas de même ordre que celles qui orchestrent la connaissance théorique et que le savoir-faire, le savoir comment « knowing how » n'est pas du même titre que le savoir propositionnel « knowing that » » (Ryle, 1945 ; cité par Tiercelin, 2015).

En effet, pendant plusieurs années, a eu lieu une hiérarchie de la connaissance entre deux ordres : le théorique et la pratique. Ryle critique « la « légende intellectualiste » et montre qu'en réalité tout savoir est un savoir-faire, et que la connaissance est l'affaire non prioritairement de vérités, de faits et de propositions, mais d'aptitudes, de capacités et de dispositions intelligentes. » (Tiercelin, 2015, 631). L'exemple donné est le fait que pour pouvoir jouer aux échecs, il ne suffit pas de connaître les règles mais bien de s'entraîner et de pouvoir argumenter chaque déplacement de pièce. « Accepter les règles en théorie ne force aucunement à les appliquer en pratique. On peut considérer des raisons sans parvenir à raisonner. » (Tiercelin, 2015, 632).

Concernant le savoir expérientiel, il ne s'agit donc ici plus de déterminer si c'est un savoir théorique ou pratique, mais bien de mettre en avant que tout savoir est un savoir pratique car il suppose une opération/ un acte intellectuel.

1.5. Que font les pairs-aidants ?

Les pairs-aidants font valoir leurs savoirs expérientiels dans divers contextes de soin : addictions à l'alcool, aux drogues et aux jeux, maladies physiques et/ou

mentales notamment la bipolarité, sans-abrisme et situation de précarité (Sandron & Dujardin, 2018) ou encore dans le domaine du travail du sexe (Dumont, 2013 ; Stella, 2014). Comme mentionné précédemment, les pairs-aidants sont donc des anciens usagers des services de santé physique ou mentale et interviennent auprès de leurs pairs en utilisant leur vécu et leurs expériences dans le domaine (Bonnamy, 2019 ; Dujardin et al., 2017 ; En Route ASBL, 2017).

De cette expérience, le pair-aidant a tiré un savoir et une capacité à mobiliser des ressources et à entrer en contact avec ses pairs. Il exploite ses compétences personnelles et ses expériences acquises en formation ou au travers de son vécu. Le principe de la pair-aidance permet de soutenir, accompagner et inspirer les personnes qui vivent des situations similaires (En Route ASBL, 2022).

À l'heure actuelle, il n'existe pas de définition unanimement consacrée du concept de la pair-aidance. Le programme québécois Pairs-aidants Réseau parle surtout du rôle que joue le pair-aidant certifié travaillant dans un milieu de santé mentale ; la personne pair-aidante certifiée exprime ce qu'elle a vécu ou ce qu'elle vit dans le but de « redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'elle a vécues » (Cloutier & Maugiron, 2016 ; 756)

La différence entre les pairs-aidants certifiés et les autres intervenants, « c'est l'obligation pour les titulaires d'un poste de pair-aidant d'utiliser et de partager leur savoir expérientiel découlant de leurs propres expériences avec un trouble mental et le rétablissement » (Cloutier & Maugiron, 2016, 756)

Une personne travaillant dans la promotion de la pair-aidance et étant pair-aidante, elle-même nous a expliqué les quatre rôles majeurs du pair-aidant selon elle. Cette personne a suivi la formation de la pair-aidance et forme des équipes de professionnels de la santé à l'intégration de la pair-aidance dans leur service. Le premier est le rôle du lien, le pair-aidant crée du lien avec les personnes en demande d'aide et par identification permet de se rapprocher de leur réalité plus facilement que les soignants. Ce pair-aidant explique aussi que certaines personnes ont été mises en difficulté par le système de soins et n'ont donc plus confiance dans le corps soignant. La présence d'un pair-aidant permettrait de créer un pont entre l'équipe et le patient. Le deuxième est l'accompagnement et le soutien qui se traduit par le partage d'expérience notamment celle de trajet de soin. Le troisième

rôle est de promouvoir l'empowerment individuel que j'ai défini plus tôt dans ce mémoire. Le dernier rôle est celui de la prévention et de l'information notamment lors d'événements festifs lors de stands de prévention. Ce pair-aidant explique donc que les deux premiers rôles sont liés à la notion de pair et les deux derniers à la notion d'aidant. Un pair-aidant peut avoir plusieurs rôles à la fois. Ce pair-aidant est notamment facilitateur de groupe pour une ASBL de pairs-aidants bipolaires. Nous allons maintenant mettre en lumière la littérature sur les types de groupes et verrons ensemble dans quel type de groupes retrouvons nous les pairs-aidants.

1.5.1. Les différents types de groupes

Nous entendons beaucoup parler de la pair-aidance dans le cadre de groupes. Il existe selon la littérature différents types de groupes qu'il est intéressant de distinguer : le groupe d'entraide, le groupe de soutien et le groupe de parole.

Le groupe d'entraide (*self-help groups*) se définit par le fait que c'est un pair, c'est-à-dire une personne partageant ou ayant partagé une expérience semblable aux membres, qui facilite le groupe. De ce fait, cette personne partage son savoir expérientiel aux membres du groupe (Charlier, 2018). Il y a donc un soutien apporté par et pour les membres. Ce soutien par les pairs repose sur deux principes : le *peer principle* et le *helper principle*. Selon le *peer principle*, « chaque individu est considéré comme un « expert d'expérience » » (Adame, 2014, cité par Charlier, 2018,16), ce qui favorise l'égalité et la proximité entre chaque personne du groupe (Bellot & Rivard, 2007). Selon le *helper principle*, le fait d'aider autrui est bénéfique pour celui qui aide. « Recourir à sa propre expérience et endosser un nouveau rôle génère des sentiments d'utilité et de compétences qui ont un effet thérapeutique sur les individus » (Roberts et al., 1999, cités par Charlier, 2018,16). Le groupe d'entraide est donc spécifique à l'aide entre des personnes ayant un vécu relativement similaire sans professionnel de la santé intégré dans le groupe.

Le groupe de soutien (*support groups*,) en revanche, se compose d'un professionnel de la santé. C'est d'ailleurs la différence majeure entre les groupes d'entraide et les groupes de soutien. Le groupe de soutien est un dispositif « alliant partage entre participants et présence du professionnel » (Lavoie, 2001, 160). Dans ces groupes, il y a donc une alliance entre le savoir professionnel et des valeurs propres au soutien par les pairs « comme le partage d'expériences, le soutien social et émotionnel des pairs, l'accès à des modèles de rôles, la visée participative, la valorisation des savoirs expérientiels et la

critique du système traditionnel » (Lavoie, 2001; Mason, Clare, & Pistrang, 2005; Shepherd et al., 1999; Stevinson, Lydon, & Amir, 2010, cités par Charlier, 2018, 17).

Enfin, les groupes de parole (*talking groups*) sont, quant à eux, soit dirigés par des usagers soit par des professionnels dans le but d'offrir un « espace d'écoute et d'échanges » (Minary & Perrin, 2004, 23) à des personnes dans une situation similaire. On voit donc apparaître des groupes de parole pour des personnes bipolaires, alcooliques, anxieuses sociales, en soins palliatifs, etc. Les objectifs de ces rencontres sont d'avoir des pistes de solution et la possibilité de s'exprimer (Galiano & Portalier, 2012), le mieux-être (Scelles et al., 2006,), la « transformation de soi et du monde » (Minary & Perrin, 2004, 85). « Par définition, la parole est au cœur du processus : l'aide réside dans les échanges entre les individus » (Beetlestone, Loubières, & Caria, 2011, cités par Charlier, 2018).

Concernant les pairs-aidants, nous les retrouverons dans les groupes d'entraide et les groupes de parole spécifiquement. Charlier (2020) lance une recherche sur les figures que peuvent adopter les pairs-aidants dans les groupes de parole : identificatoire, d'autorité, parentale, de rétablissement et d'appui stable. Charlier explique néanmoins que les figures ne sont pas « étanches et peuvent entretenir des liens plus ou moins étroits. Il s'agit d'adopter préférentiellement l'une ou l'autre, en fonction du contexte, des demandes et de la dynamique en place. » (Charlier, 2020, 50). Nous vous invitons à lire l'annexe 3 pour avoir de plus amples informations sur cette recherche et les figures relevée par Charlier.

1.6. Quelles valeurs ? Comment ?

Selon l'ASBL « En route », en 2022, les pairs-aidants promeuvent plusieurs valeurs : le respect, l'équité, l'espoir, la confiance, l'acceptation, la compréhension, la tolérance, la solidarité et enfin, l'authenticité. Les pairs-aidants permettent aussi la déstigmatisation des maladies mentales (Psytoyens, 2015), parfois encore taboues à l'heure actuelle.

Gross en 2017, explique, quant à elle, qu'au travers de cette relation entre le pair-aidant et le pair-aidé, la personne aidée par le pair gagne en estime de lui. Le pair-aidant étant une personne qui peut le comprendre grâce à son passage par une expérience similaire (Gross, 2017).

Les pairs-aidants permettent des changements dans le domaine des soins de santé. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la présence des pair-aidants dans une équipe promeut la mise de côté des diagnostics et évite l'éventuelle stigmatisation des

usagers des services (Mead et MacNeil, 2006). La mise de côté total des diagnostics n'est pas ce qui est préconisé ici, mais passer d'une approche diagnostique/catégorielle à une approche davantage processuelle semble plus appropriée compte tenu des limites de l'approche diagnostique que vous retrouverez en annexe 4. L'approche processuelle semble être une bonne alternative, c'est-à-dire la prise en charge des individus en fonction des processus psychologiques sous-jacents dans l'apparition et le maintien du trouble. Les pairs-aidants permettraient de dépasser l'approche médicale, fondée sur des critères diagnostics individuels sur la manière de fonctionner, pour rencontrer la personne dans un contexte social et environnemental plus étendu (Godrie, 2016).

Les troubles en santé mentale sont souvent stigmatisés. Plusieurs recherches montrent le stigma et même la déshumanisation des patients en santé mentale. La stigmatisation « est un terme global qui comporte trois aspects majeurs : les problèmes de connaissance (ignorance), d'attitude (préjudice) et de comportement (discrimination) » (Sebbane et al, 2019). Le champ de la santé mentale est un champ largement stigmatisé, cette stigmatisation peut causer des comportements de ségrégation, d'exclusion, d'isolement social, des sentiments de culpabilité, d'infériorité et de honte. (Sebbane et al, 2019). L'Organisation Mondiale de la Santé a même placé la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » en santé mentale (OMS, 2001). Il semble donc intéressant que le pair-aidant empêche une partie de la stigmatisation au sein des services de santé mentale. Dans le concret, Godrie explique que les pairs-aidants permettent « l'adoption d'un langage moins stigmatisant à l'égard des usagers. Un intervenant interrogé dit moins recourir aux diagnostics psychiatriques et embrasser une vision plus globale de la santé des participants depuis qu'il travaille avec un pair-aidant » (Godrie, 2017a, 84). Il y aurait donc une « sensibilisation des travailleurs de santé face à leurs préjugés concernant les bénéficiaires, (...) une vision plus holistique de la personne, plus large que seulement la pathologie, ainsi qu'un renforcement de leur croyance dans le rétablissement de leurs patients. » (Fransolet, 2019 ; Godrie, 2017b, cités par Debryne & Donners, 2020). La stigmatisation est une notion bien présente dans le contexte de la santé mentale et particulièrement chez les personnes dépendantes aux substances. Dans ce champ, les personnes dépendantes s'auto-stigmatisent et subissent la stigmatisation des autres et de la société (Corrigan et al 2017). L'auto-stigmatisation est renforcée par certaines interventions telles que celle des 12 étapes qui stipule que l'individu n'a pas de pouvoir face à la consommation et appuie la responsabilité des prédispositions biologiques. (Corrigan et al, 2017). Corrigan stipule néanmoins que

l'auto-stigmatisation promue par des modèles de soins tels que les 12 étapes des Alcooliques Anonymes est involontaire, ce qui ne l'empêche pas d'exister quand même. Behler et ses collaborateurs (2017) ont eux aussi évalué l'apport des pairs-aidants dans un système de soins et ont mis en évidence des conséquences positives sur le rétablissement du pair-aidé. Ils expriment que la distance professionnelle des autres membres de l'équipe de soins est en général un frein à ce rétablissement et que les pairs-aidants permettent de combler ce manque. « Les limites définissant le cadre thérapeutique présentes lors d'échanges avec le professionnel n'existant pas dans le cadre de la pair-aidance, le partage d'information est réalisé plus facilement dans une compréhension mutuelle » (Behler et al, 2017 ; cités par Avramovic, 2019, 4). De plus, plusieurs auteurs s'accordent à dire que les pairs-aidés ressentent davantage de compréhension et d'acceptation de la part des aidants par rapport aux professionnels de la santé. Cette compréhension de la part des pairs-aidants permet une diminution du sentiment d'isolement chez les pairs-aidés (Lawton-Smith, 2013 ; Walker & Bryant, 2013).

Walker et Bryant (2013) et Worrall et ses collaborateurs (2018) mettent l'authenticité au premier plan concernant les valeurs chez les pairs-aidants du fait que la révélation d'eux-mêmes et d'informations personnelles leur octroient une légitimité supplémentaire. Behler et ses collaborateurs en 2017 sont en accord avec ce principe en remarquant que les conseils donnés par les pairs-aidants ont plus d'impact grâce à leur vécu et leur expérience par rapport à ceux des professionnels.

1.7. Les concepts liés à la pair-aidance

La révélation de soi par le savoir expérientiel est donc au cœur même du principe de la pair-aidance. Plusieurs concepts créent les fondements de la pair-aidance : « Le concept de rétablissement (recovery) et d'empowerment, le savoir expérientiel, la proximité expérientielle et relationnelle et le self-disclosure » (Gardien, 2017 ; Godrie, 2017a ; Provencher, 2016 ; Seghrouchni, 2018 ; cités par Avramovic, 5).

Les concepts de rétablissement et d'empowerment se développent dans les années 2000. Les auteurs vont se pencher sur la notion d'empowerment et créer des typologies. La plus connue est celle de William Ninacs (2008) : empowerment individuel, empowerment communautaire et empowerment organisationnel. L'empowerment individuel est composé de quatre dimensions : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique. Ces dimensions permettent au sujet d'agir activement et de faire ses propres choix. C'est une valeur prônée par la pair-aidance actuellement. L'empowerment

communautaire se réfère « à un état où la communauté est capable d’agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d’agir de ses membres. » (Benamar et al, 2014, 4). Sans l’empowerment individuel, l’empowerment communautaire ne peut se développer. L’empowerment organisationnel « correspond aux deux fonctions d’une organisation sur le plan du développement du pouvoir d’agir » : l’empowerment communautaire des personnes de l’organisation et la capacité de l’organisation de prendre des décisions libres (Benamar et al, 2014, 4). D’autres typologies peuvent encore être citées telles que celles de Ernesto Laclau (1996) ou de Jean-Pierre Deslaurier (2007). Les concepts de rétablissement et d’empowerment peuvent être appréhendés ensemble et se conçoivent comme un « mouvement personnel de reconstruction du soi » (Davidson & Strauss, 1992, cités par Assad, 2014 ; 79), et une redéfinition de l’identité chamboulée par l’arrivée de la maladie mentale ou physique dans la vie de la personne (Assad, 2014). Provencher (2007) propose quatre concepts clés du rétablissement et dans le rôle de guide : « La relation à l’espace temporel (espoir et spiritualité) ; la redéfinition et l’expansion du soi (reconstruction et complexification du sens du soi), le pouvoir d’agir (empowerment) et la relation avec les autres (importance de relations significatives) » (Provencher, 2007, cité par Assad, 2014, 80). L’empowerment serait donc la capacité d’agir dans une auto-prise en charge dans le but de se rétablir (Deutsch, 2015). Au niveau historique, nous sommes passés d’une conception asilaire à une conception post-asilaire pour arriver petit à petit vers une conception communautaire (Bonsack & Favrod, 2013). Ces auteurs expliquent que l’objectif de rétablissement s’est développé avec la conception communautaire. La conception asilaire avait pour objectif la protection par des processus tels que la stabilisation, le maintien et le contrôle (Bonsack & Favrod, 2013). La limite de cette conception est l’enfermement. Dans la phase post-asilaire, l’objectif primaire est la réhabilitation par des processus d’entraînement des compétences. La limite de cette approche est la possible mise en place de ghetto. Dans la conception communautaire, l’objectif est le rétablissement par des processus d’actualisation des compétences et de coaching ; en revanche, la limite principale est la stigmatisation. (Bonsack & Favrod, 2013).

La proximité expérientielle et relationnelle renvoie à l’explication de Provencher en 2016, qui exprime qu’une transmission des savoirs expérientiels crée une proximité entre la personne aidante et la personne aidée. Cette proximité, à travers l’expérience et la

relation, inspire confiance, ce qui rend possible « une compréhension plus authentique et crédible de la souffrance » (Mead & MacNeil, 2006, cités par Avramovic, 2019 ; 6). Les pairs-aidants vont aussi plus se centrer sur le vécu expérientiel de l'aidé et ainsi accroître leur empathie avancée qui a un impact sur la dimension affective de l'aidé (Mead, Hilton, & Curtis, 2001 ; Provencher, 2016 ; Repper & Carter, 2011). La proximité expérientielle est donc un rapprochement entre deux personnes ayant vécu des situations similaires qui leur donne l'impression de mieux se comprendre. Cela permet aussi à la personne de mieux déceler les événements positifs et négatifs et d'apprendre de ceux-ci (Cloutier & Maugiron, 2016). À travers cette proximité expérientielle, le pair-aidant se dévoile au pair-aidé ce qui introduit la notion de self-disclosure.

Le self-disclosure ou l'auto-divulgation ou encore la révélation de soi est le fait de donner des informations personnelles (Le Scelleur, 2016) « au-delà de l'information professionnelle standard » (Zur, 2007, 149).

L'espoir serait permis grâce à cette révélation de soi et ce partage de savoir expérientiel (Davidson et al, 2012). D'après plusieurs auteurs, le self-disclosure permettrait au pair-aidant de pouvoir être pris en modèle et d'accroître sa crédibilité (Henretty & Levitt, 2010 ; Truong et al, 2019). Etant plus rétablis, les pairs-aidants permettent de donner de l'espoir et servir de modèle. (Behler et al, 2017 ; Bonnami, 2019 ; Davidson et al., 2006 ; Dujardin et al., 2017 ; En route ASBL, 2022 ; Lawton-Smith, 2013 ; Walker & Bryant, 2013 ; Worrall et al., 2018). L'apprentissage par modeling (Bandura, 1980, 1986) permet aux usagers d'observer le pair-aidant au travers de son comportement et d'utiliser cet apprentissage pour se rétablir. (Cloutier & Maugiron, 2016)

Un aspect important à mettre en évidence est que le pair-aidant n'est pas dans une relation d'amitié, mais bien dans une interrelation d'accompagnement professionnel d'une personne. Ses outils sont sa personne et ses savoirs ainsi que des habilités telles que l'empathie, la bienveillance, le non-jugement, l'authenticité, dans le but d'aider l'autre. Le but n'est pas de déverser ses problèmes personnels et ses doutes sur la personne aidée (Cloutier & Maugiron, 2016).

Une notion intéressante pour ce présent mémoire est celle du sens donné à une situation difficile. En effet, utiliser une difficulté passée pour aider autrui semble être un acte rempli de sens. La quête de sens est un processus dans la pair-aidance et dans le rétablissement. Cette notion de sens « suppose, simultanément, une ouverture vers

l'extérieur, une compréhension des autres et de leur environnement et une ouverture vers l'intérieur, vers soi-même, vers une plus grande conscience de ses propres valeurs, croyances, besoins et attentes. » (Castro, 2020, 5). Ce processus permet donc d'intégrer le passé pour mieux appréhender son présent et son futur. Nous allons développer cette notion dans la suite de ce mémoire

1.8. Fonctions et effets de la pair-aidance

Le pair-aidant peut endosser une multitude de fonctions. Son rôle est complémentaire à celui des professionnels de la santé. Le pair-aidant peut être en un certain sens plus proche des patients que les professionnels de santé, qui gardent une certaine distance avec les patients, en partageant leur espace de vie et leurs émotions (En route ASBL, 2022).

Le panel d'action étant très diversifié, les différentes fonctions que peuvent endosser les pairs-aidants, cumulables ou non, diffèrent selon l'orientation qu'ils choisissent : l'aide et le soin, l'entraide, les actions de citoyenneté et de respect des droits ou la lutte contre la précarité et l'exclusion. (Gardien, 2017 ; Psytoyens, 2015 ; UMons, 2019 ; cités par Avramovic, 2019, 2).

Plusieurs effets peuvent être mis en avant dans la ou les fonctions du pair-aidant.

Ils ont un effet sur des aspects relationnels et sociaux. Les pairs-aidants intégrés dans les équipes rassurent l'utilisateur de soin de la « normalité » de son vécu (Solomon, 2004). Le soutien offert par les pairs-aidants donne un sentiment d'appartenance et agrandit le réseau social de la personne (Behler et al., 2017 ; Solomon, 2004 ; Worrall et al, 2018). Au niveau de la hiérarchie des rapports, le pair-aidé et l'aidant sont dans une relation symétrique et non-hiérarchique ce qui laisse place à « une grande intimité et familiarité aboutissant à un rapprochement d'ordre relationnel, et à image chaleureuse du pair-aidant » (Gardien, 2017 ; Godrie, 2016 ; Provencher, 2016 ; Psytoyens, 2015 ; Behler et al., 2017 ; Truong, Gallo, Roter, & Joo, 2019, cités par Avramovic, 2019, 6). Le pair-aidant peut inclure l'aidé dans son propre réseau social et l'introduire dans des groupes de parole ou d'entraide pour créer davantage de liens.

Dans la littérature, nous remarquons des effets psychologiques en lien avec la fonction et les actions des pairs-aidants. Les pairs-aidants peuvent donc s'intégrer dans « les groupes de parole, les comités d'utilisateurs ; les lieux d'écoute et de prévention ; la collaboration avec les Services de santé mentale ; la coopération avec les équipes de soins en santé mentale et les équipes mobiles » (Gardien, 2017 ; UMons, 2019, cités par Avramovic 2019, 1). Ils peuvent aussi s'intégrer dans les groupes d'entraide comme

défini plus haut. Le pair-aidant accompagne la personne dans son parcours de soin en écoutant ses besoins et en lui permettant de mieux contrôler sa manière d’être soignée dans son plan de soins (Mead et al, 2001 ; Beetlestone et al, 2011 ; Sarradon-Eck et al., 2012).

Demilly et Garnoussi en 2015 parlent de trois catégorisations des effets thérapeutiques : la diminution des symptômes, accompagner dans un mieux-être et contribuer au rétablissement. Il semblerait aussi que le pair-aidant a un effet sur l’estime de soi des aidés.

1.9. Analyse des Alcooliques Anonymes, sont-ils des pairs-aidants ?

Pour débiter ce sous-point, j’aimerais introduire le modèle de Brickman qui pose deux questions fondamentales : « La personne est-elle responsable de l’émergence de l’addiction ? » et « La personne est-elle responsable (acteur) du changement ? ». Ce modèle sera utilisé dans la partie pratique de ce mémoire. En effet, Brickman a catégorisé la manière d’appréhender les personnes souffrant d’addictions de 4 façons différentes. Le modèle moral, spirituel, psychologique et biomédical. Nous allons donc questionner et tenter de placer nos participants dans cette catégorisation.

Modèle de Brickman (1982)		La personne est-elle responsable du changement ?	
		Oui	Non
La personne est-elle responsable de l’émergence de l’addiction ?	Oui	Modèle moral	Modèle spirituel
	Non	Modèle psychologique	Modèle biomédical

L’organisation des Alcooliques Anonymes se trouve dans un modèle spirituel qui stipule que la personne ayant un problème de dépendance est responsable de l’émergence de celle-ci, mais n’est pas actrice dans le changement. En effet, l’acteur du changement dans les modèles spirituels est en général un supérieur et/ou Dieu. Leurs interventions vont tourner autour de la prière et de l’intervention des 12 étapes.

Cependant, aujourd’hui, les organisations d’entraide et les pairs-aidants ne sont pas forcément reliés à une forme de spiritualité. La plupart des associations travaillant avec

des pairs-aidants s'incorporent davantage dans un modèle psychologique qui stipule que la personne est actrice du changement et n'est pas responsable de l'émergence de son addiction. La notion d'empowerment est aussi reprise ici car la personne devient actrice et est le moteur de son changement.

Les parrains et marraines de l'organisation des Alcooliques Anonymes se différencient des pairs-aidants comme conçus dans ce mémoire dû à ce modèle spirituel et religieux dans lequel il s'incorpore. (Maurage, 2022) Je questionnerai ce fait dans mes entretiens semi-directifs.

En revanche, les parrains et marraines des AA ont des similitudes avec les pairs-aidants de par la définition qu'ils ont de leur organisation : « Les Alcooliques Anonymes sont une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. » (Alcooliques Anonymes, 2017, 15). La notion de rétablissement est donc mise en avant avec un partage de savoir expérientiel.

Les parrains et marraines des Alcooliques Anonymes sont donc des pairs-aidants s'incorporant dans un modèle de conception différent.

1.10. La pair-aidance, un métier ?

En Belgique francophone, « la pair-aidance est inscrite dans les accords de majorité du nouveau gouvernement bruxellois¹ depuis 2019 » (Allart & Lo Sardo, 2020, 8). Néanmoins, les pairs-aidants en Belgique sont pour la plupart engagés en tant que bénévoles et non en tant que salariés. Comme le montrent les chiffres mis en avant par Allart et Lo Sardo en 2020, dans le domaine de la santé mentale en Wallonie, 3 pairs-aidants sont employés en Wallonie-Bruxelles et 10 sont bénévoles. Dans le domaine des addictions, aucun pair-aidant n'est engagé. Cependant Allart et Lo Sardo recensent 50 bénévoles. Dans le domaine de la précarité, 35 aidants sont employés et 55 sont bénévoles. Dans les autres secteurs tels que le travail du sexe, la sensibilisation à la pair-aidance ou encore l'aide pour les victimes de violences physiques et sexuelles, ils sont une cinquantaine, engagés bénévolement ou à temps partiel. La plupart du temps, lorsqu'ils sont engagés, ils ne travaillent qu'à temps partiel. (Allart & Lo Sardo, 2020) Certains d'entre eux sont considérés comme des travailleurs sociaux salariés, néanmoins,

¹ Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune. Législature 2019-2014 : 32.

ils sont plus souvent bénévoles (Dujardin et al., 2017 ; Godrie, 2017a ; Sandron, 2018 ; Seghrouchni, 2018). Nous pouvons recenser quelques associations et institutions qui intègrent des pairs-aidants dans leur équipe. Pour n'en citer que quelques-uns, nous avons dans le domaine des dépendances : Modus Vivendi, ASBL Sésame, la Clinique sans-soucis, Psynergie, ... Dans le domaine de la santé mentale et en particulier de la bipolarité, nous avons l'ASBL Funambule, la bulle d'Oxygène, Similes, ...

Après toutes ces informations concernant la pair-aidance, nous allons maintenant nous renseigner sur le sens que l'on porte sur ces événements de vie et plus particulièrement sur les événements difficiles. Quelles sont les données sur ce concept dans la pair-aidance ?

Chapitre 2 : Le Sens

Comme exprimé dans notre introduction, nous avons choisi d'orienter notre recherche vers le sens. Nous souhaitons donc investiguer cette littérature dans le but de voir une éventuelle influence de la pair-aidance sur ce concept.

Je vais donc introduire ce chapitre en tentant de répondre à plusieurs questions. Qu'est-ce que le sens ? La quête de sens est-elle aidante dans le rétablissement ? Cette notion a-t-elle sa place dans les concepts relatifs à la pair-aidance ? Que dit la littérature à propos de ce concept ?

2.1. Qu'est-ce que le sens ?

Le sens et la quête de sens sont des notions très larges qu'il est parfois complexe de définir. En effet, plusieurs articles se penchant sur le sujet sont du domaine de la philosophie. Néanmoins, depuis une quinzaine d'années, a lieu un développement des recherches sur la psychologie du sens (Bernaud et al, 2018). Nous retrouvons plusieurs articles sur le sens au travail mais aussi concernant le sens de la vie ou le sens donné à une situation.

Yalom (1980/2008) parle du sens de la vie sous deux sous-divisions : la finalité et le sens. La finalité est un objectif, un but global à la vie alors que le sens se réfère à la cohérence et à la signification donnée à la vie. Les auteurs mettent aussi une différence entre le sens cosmique et le sens séculier. « Le sens cosmique s'apparenterait au « sens de la vie » dans son ensemble, transcendant les individualités, là où le sens séculier référerait au « sens de ma vie » dans sa spécificité » (Yalom, 1980/2008, cité par De Montpellier d'Annevoie, 2017). Le sens de la vie est donc un concept multidimensionnel mais aussi multidisciplinaire.

Par le sens, j'entends le sens de la vie et le sens donné à un événement de vie qu'il soit négatif ou positif, qu'il ait eu lieu ou pas, propre à chaque individu, c'est-à-dire le sens séculier. Leijssen, psychothérapeute et professeur de psychologie, propose la définition suivante du sens de la vie : « La quête d'ordre, de cohérence, et de sens à la vie, la poursuite d'objectifs qui en valent la peine, et le fait que cette quête soit associée à une certaine satisfaction. » (Leijssen, 2010, 47). Elle rappelle que le sens est propre et unique à chaque personne et non généralisable à une circonstance. Il n'y a pas de vérité unique et universelle sur le sens en psychologie. C'est l'individu qui va traiter et analyser un événement comme ayant du sens ou pas. Leijssen (2010) met en avant plusieurs sources

de sens à la vie au travers des : relations intimes, développement personnel, « créativité, nature, religion et spiritualité, activités sociales et politiques, détente, culture, santé, apparence physique, argent et possessions » (Leijssen, 2010, 48). Lecomte (2010), quant à lui, défend une pyramide du sens, en parlant de trois sources de sens : « l'affectif et le relationnel ; la cognition ; les actions et l'engagement dans des activités. »

Pour Leijssen, il y aurait 4 niveaux de profondeur au sens donné :

« « hédoniste », ou la recherche de la jouissance, du plaisir et du confort ; « personnel », ou la recherche de développement personnel et la réalisation de talents ; « altruiste » ou le fait d'être au service des autres ; et « transcendant l'individu » ou la recherche d'un sens suprême. » (Leijssen, 2010, 48)

Dans le cas de la pair-aidance, être pair-aidant pourrait donner du sens à la vie de la personne qui s'y adonne en donnant spécifiquement du sens à un événement difficile vécu. Nous pourrions concevoir deux sens chez le pair-aidant : celui donné à son parcours personnel, mais aussi celui donné au parcours de la personne aidée. Ce dernier point attire notre attention. En effet, le pair-aidant pourrait éventuellement confondre les deux expériences : la sienne et celle de l'aidé et peut mal interpréter l'expérience de l'aidé. Ce dernier étant en quête de sens pour lui, pourrait être tenté d'accueillir l'argument d'autorité de sens venant de ce que lui en dit le pair-aidant. La notion d'interprétation voire de surinterprétation a donc sa place et se définit comme :

Interpréter consiste à attribuer du sens, sans plus préciser, aux conduites, aux paroles ou aux œuvres d'autrui, surinterpréter n'est rien d'autre qu'assigner un excédent de sens à ces conduites, à ces paroles ou à ces œuvres, relativement aux constats susceptibles d'être opérés sur leurs contenus. On leur fait dire plus qu'elles ne veulent dire. (Lenclud, 1996, 1)

N'utilisant pas cette notion dans notre partie pratique, nous ne développerons pas davantage ce point. Néanmoins, il nous semblait nécessaire de marquer ce danger d'autant plus possible que le pair-aidant est lui-même passé par des difficultés similaires à celles de l'aidé.

En revanche le sens donné au vécu du pair-aidant au travers de cette activité pourrait permettre d'augmenter l'estime de soi et donc d'aider au rétablissement des pairs-aidants. Nous pourrions envisager que les pairs-aidants donnent du sens au travers des relations humaines et d'un niveau de profondeur de type « altruiste » mais aussi, qu'au travers de ces relations, ils se développent personnellement. Nous serions donc sur un niveau de type « personnel » et « altruiste ». En effet, au travers de leur profession, les pairs-aidants

grandissent eux aussi. Tout comme un psychologue acquiert des compétences de vie au travers de son travail. Le fait d'être en contact avec des histoires de vie différentes ou semblables à la nôtre ouvre une possibilité de se développer personnellement. La pair-aidance se situerait donc entre le niveau « personnel » et « altruiste », si pas les deux, possiblement.

Selon Leijssen, les personnes qui donnent à leur source de sens un niveau « altruiste et transcendant l'individu connaissent une plus grande satisfaction dans la vie que celles qui donnent la priorité à la dimension personnelle. » (Leijssen, 2010, 48).

Il semblerait que le sens provienne de composantes cognitives, motivationnelles et affectives. Ces composantes sont liées et influencent sur l'établissement d'objectifs et le bien-être qui auraient un rôle prédominant dans la quête de sens. En effet, « la présence de sentiments positifs chez une personne donne plus de sens à sa vie. » (Leijssen, 2010, 53)

Le sens de la vie questionne de plus en plus les chercheurs ce qui a donné lieu au premier congrès sur la construction du sens personnel au Canada en 2014. Lors de ce congrès, les chercheurs ont concrétisé des composantes fondamentales au sens de la vie : la cohérence, le but et l'importance (Medlock, 2016). La cohérence est la composante qui permettrait d'analyser nos expériences en fonction de nos valeurs, nos représentations du monde. Elle rend possible la compréhension du monde au travers des expériences (Martela & Steger, 2016). Le but est défini comme les objectifs et la construction de priorités dans sa vie (Martela & Steger, 2016 ; Arnoux-Nicolas et al, 2019). D'autres auteurs parlent de cette dimension en exprimant que « le sens est quelque chose qui se construit à partir d'éléments du passé et d'une anticipation du futur. Il est intimement lié aux actions et aux événements du passé en lien avec les buts que l'individu s'est fixé » (Gomez Gonzales et al, 2013, 14). L'importance, dernière et troisième composante relevée, induit la valeur subjective de chaque individu par rapport à sa propre existence. Est-ce que ma vie vaut la peine d'être vécue ? (Martela et Steger, 2016)

2.2. La quête de sens : une aide dans le rétablissement

La quête de sens est-elle une aide dans le rétablissement d'une personne ? Viktor E. Frankl est décrit comme le précurseur de l'idée que le sens de la vie est un besoin fondamental. Il « parle ainsi de volonté de sens pour désigner tous les efforts mis en œuvre par chacun.e pour atteindre cet objectif. » (Arnoux-Nicolas et al, 2019, 350).

Plusieurs recherches sur le sens de la vie mettent en évidence que ce concept influencerait la santé mentale et la santé physique et protégeraient des aléas de la vie. (Park, 2010 ; Garcia-Alandete, 2015 ; Schnell, 2009 ; Steger, 2017 ; Czekierda, Banik, Park, & Luszczynska, 2017).

Comme mentionné plus haut dans ce mémoire, les personnes devenant pairs-aidantes ont des expériences dans divers contextes de soins. Pour acquérir ces expériences, ils sont passés par des événements en lien avec ces difficultés de vie. Le terme événement se définit comme « tout ce qui peut arriver, survenir dans l'existence, et pouvant être vécu par l'individu d'une manière positive ou négative qui lui est propre » (Arnoux-Nicolas et al, 2019, 351). Ces événements peuvent être de différents types : anticipés (mariage, remise de diplôme, naissance...) et non anticipés (maladies, accidents...) (Schlossberg, 2005). Les événements se distinguent aussi par l'importance relative pour chacun d'entre eux. Plusieurs chercheurs distinguent les événements marquants et significatifs des événements davantage banals. (Prinds et al, 2014 ; Gelin, et al, 2015 ; King & Hicks, 2009). King et Hicks (2009) mettent quand même en avant que les événements traumatisants négatifs et les banals positifs ont un plus grand impact sur le sens de la vie de la personne.

On différencie aussi les événements positifs des événements négatifs ainsi que les événements contraints et choisis (King & Hicks, 2009). Tous ces types d'événements peuvent apparaître dans les domaines personnels, professionnels, de la santé, familiaux et relationnels. (Schlossberg, 2005).

Chez les pairs-aidants, la survenue d'une maladie ou d'un trouble pourrait être considérée comme un événement non anticipé, marquant, négatif et contraint. Ces personnes en devenant pairs-aidantes font face à la souffrance d'autrui, souffrance qu'ils ont eux-mêmes traversée avant et/ou pendant leur chemin de rétablissement. Frankl (2009) s'est beaucoup intéressé au sens de la vie et a développé des travaux sur la logothérapie en stipulant que faire face et se confronter à la souffrance offre une occasion de donner du sens à la vie. La phénoménologie existentielle de Schutz paraît expliquer en partie que devenir pair-aidant permet de donner du sens à un événement difficile vécu et que ce sens participe au rétablissement. Le fait d'être pair-aidant et donc de se confronter à la souffrance permettrait de donner du sens à une expérience de vie et de la valoriser au travers de « l'altruisme », un niveau profond de sens de la vie, ce qui pourrait aider dans

le rétablissement. Être pair-aidant est une nouvelle expérience et à ce titre, elle « ne vient pas simplement s'ajouter de manière additive à l'organisation psychique antérieure, mais en provoque nécessairement le remaniement, impliquant donc une réorganisation plus ou moins considérable de l'ensemble, et le comportement ultérieur s'en trouve modifié. » (Osterrieth, 1964, 33-34)

D'autres recherches semblent confirmer cette idée qu'au travers de la confrontation aux expériences négatives, naît du sens qui contribue au rétablissement. Gomez, Krings, Bangerter et Grob (2009) expriment que cette confrontation contribue au développement du bien-être subjectif.

2.3. Le sens au travail

Nous voudrions contribuer à l'idée que la pair-aidance est un travail en ajoutant cette sous-section de sens au travail. En effet, si la pair-aidance est un travail au même titre que professeur, ouvrier, ingénieur, psychologue, nous sommes en droit de nous questionner sur le sens que procure ce métier.

Le sens au travail peut être influencé par deux variables. Les variables personnelles et familiales et les variables sur l'emploi actuel et l'historique de carrière. (Morin & Cherré, 1999).

Ce sens au travail est composé de trois grands axes : la signification donnée, l'orientation et la cohérence. Ce sont les mêmes composantes que celle du sens de la vie, si ce n'est un vocabulaire quelque peu changeant et un contexte d'application différent. Les composantes du sens de la vie sont la cohérence, le but et l'importance. La cohérence est une composante commune au sens de la vie et du travail. Le but peut être associé à l'orientation et l'importance à la signification. Néanmoins, dans le cadre du sens au travail, ces composantes sont à intégrer à l'univers professionnel. (Morin & Cherré, 1999)

La « signification » fait référence « aux représentations des individus à propos du travail » (Morin & Cherré, 1999, 85). C'est la définition que donne le pair-aidant de son travail, cette définition est influencée par les valeurs qu'il accorde au travail (Morin & Cherré, 1999). La deuxième composante, « l'orientation », correspond aux motivations qui poussent la personne à travailler et ce qu'elle souhaite acquérir au travers de son travail. La dernière composante, « la cohérence », se rapporte à « degré d'adhérence, de « connexité » et d'équilibre qu'elle atteint en travaillant, ce qui lui confère un sentiment

de sécurité psychologique et de sérénité qui pourra l'aider à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions » (Morin & Cherré, 1999, 85)

Intégrer le sens au travail dans ce mémoire semble logique car plusieurs études montrent qu'avoir un travail dans lequel nous ne trouvons pas de sens affecte l'estime de soi. Or, il semblerait qu'au travers du travail de pair-aidant, la personne va avoir du sens et se rétablir. Morin et Chérre en 1999 expriment que faire un travail qui contribue au bien d'autrui donne du sens.

Une étude quantitative menée par Marchand en 2007 a démontré que les professionnels de la santé est le groupe le plus à risques de présenter une faible santé mentale. Le travail des pairs-aidants se situant dans le même contexte de travail, il serait intéressant d'investiguer cet aspect. Le manque de soutien est aussi un facteur de souffrance au travail selon Statistique Canada en 2006. Comme démontré dans la présentation des études au début de ce mémoire, les pairs-aidants expriment un manque de soutien et se sentent dévalorisés par les professionnels de santé. Le manque de soutien des supérieurs est également un facteur de souffrance au travail (La bonté, 2009). Nous pourrions aussi investiguer la théorie des besoins psychologiques car selon Ryan et Deci en 2017, les besoins psychologiques de base sont essentiels au développement personnel, à l'intégrité et au bien-être. En effet, pour avoir un fonctionnement optimal, une personne doit répondre à trois besoins : un sentiment d'autonomie, un sentiment de compétence et un sentiment d'appartenance sociale. Le sentiment d'autonomie se réfère à « la liberté de choix et au sentiment de se sentir à l'origine ou à la source de ses comportements ou actions et à être en congruence avec eux. » (Lalande, 2019, sl.16). Le besoin de compétence est « le besoin de se sentir efficace et opérationnel dans son environnement et se réfère à un sentiment d'efficacité sur son environnement, ce qui stimule la curiosité, le goût d'explorer et de relever des défis » (Lalande, 2019, sl.17). Enfin, le besoin d'affiliation est « le besoin de développer des relations positives qui sont réciproques avec autrui et se réfère au sentiment d'être relié à des personnes qui sont importantes pour soi, mais aussi de sentir que les autres ont aussi besoin de nous » (Lalande, 2019, sl.18).

Chapitre 3 : Estime de soi

Dans la pair-aidance, l'estime de soi semble augmenter chez les bénéficiaires et chez les pairs-aidants. Il paraît donc judicieux d'intégrer ce concept dans ce mémoire et de l'analyser avec plus d'attention. Nous avons déjà évoqué l'estime de soi au travers de recherche sur la pair-aidance et dans les concepts de la pair-aidance.

L'estime de soi est une des quatre composantes de l'empowerment, un concept largement utilisé dans ce domaine. Nous allons donc tenter de répondre à plusieurs questions : Qu'est-ce que l'estime de soi ? Quand est-il de l'estime de soi avant la prise du chemin de rétablissement ? Est-ce que l'estime de soi est influencé par le soin prodigué à l'autre ? Quel est le lien entre estime de soi et pair-aidance ? Comment restaurer l'estime de soi ?

3.1. Qu'est-ce que l'estime de soi ?

L'estime de soi semble avoir été conceptualisée par James en 1890. Pour lui, l'estime de soi est

La conscience de la valeur du moi. L'estime de soi est un jugement ou une évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal. L'estime de soi est l'essence de l'individu, c'est le rapport entre les réussites et les aspirations ainsi que les résultats et les échecs. Elle représente l'estime de soi de base et elle est considérée stable (Doré, 2017, 20).

Cette définition met donc en avant un sentiment subjectif par rapport à l'impression d'avoir ou non de l'importance et de se sentir bien dans sa peau. Doré (2017) explique notamment que l'estime de soi serait favorisée par le lien entretenu avec autrui et que les expériences de vie permettraient d'ancrer et d'acquérir de l'estime de soi. Cooley exprimait en 1922 que l'estime de soi est une construction sociale. Elle « se façonne à travers les interactions sociales à partir des opinions, du jugement et des actions, et ce, depuis la naissance. Elle représente l'estime de soi fonctionnelle et elle est fluctuante. » (Cooley, 1922 ; cité par Doré, 2017, 20).

Plusieurs auteurs ont défini l'estime de soi tels que Laporte (1997), Maslow (1954), Martinot (1995), Branden (1985) ou encore Paradis et Vitaro (1992). Pour résumer, les idées de ces auteurs, nous pourrions définir l'estime de soi comme : le sentiment subjectif accordé à nos compétences, nos aptitudes, notre valeur et nos capacités dans le but de construire un projet de vie et de faire face à la vie de manière globale.

La littérature différencie l'estime de soi individuelle et collective. Les définitions citées ci-dessus renvoient à l'individuelle. L'estime de soi collective se réfère, quant à elle, « aux jugements de valeur de la personne en lien avec les caractéristiques du groupe identitaire. » (Doré, 2017, 20)

L'estime de soi fait partie d'un concept plus large, celui du concept de soi qui intègre : estime de soi, image de soi et identité personnelle (Doré, 2017).

Doré (2017) s'est donnée la tâche de mettre en évidence les attributs de l'estime de soi. Les attributs sont des caractéristiques qui permettent de mieux définir un concept. Les attributs mis en avant par Doré sont : la valeur accordée à soi-même, l'acceptation de soi, l'attitude envers soi-même et le respect de soi. À la suite de cette mise en évidence, elle propose une définition : « l'estime de soi serait la résultante d'une évaluation subjective que la personne porte sur elle-même. Cette évaluation accorde une valeur à soi-même, ce qui prédispose à l'acceptation de soi. » (Doré, 2017, 22)

André et Lelord (1999) proposent, quant à eux, de définir les trois grands piliers de l'estime de soi : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. L'amour de soi se réfère au fait de se respecter, d'écouter ses aspirations et ses besoins. La vision de soi se définit comme l'évaluation subjective de ses qualités et ses défauts. La confiance en soi, c'est la sensation de capacité quant à la manière d'agir dans des situations importantes. (Perrot, 2015)

Selon Doré, il y aurait deux antécédents à l'estime de soi : la confiance en soi et la dignité.

La confiance en soi

représente l'assurance, le courage et elle résulterait de la conscience qu'on a de sa valeur. (...) La confiance en soi nourrit l'estime de soi en ciblant à la fois trois attributs : la valeur accordée à soi-même, l'attitude envers soi-même ainsi que le sentiment de compétence. (Doré, 2017, 23).

La dignité, quant à elle, se réfère au respect de soi et d'autrui. Ces deux antécédents permettent une estime de soi. Si ces antécédents sont hauts, l'estime de soi le sera aussi.

L'estime de soi aurait aussi des conséquences : l'affirmation de soi, les relations facilitées avec autrui, la résilience. Ainsi, poursuit Doré (*Ibidem*, 2017), « l'estime de soi favoriserait la résilience qui représente un processus adaptatif face à l'adversité et aux situations difficiles. La résilience symboliserait la maîtrise sur les événements de la vie ».

La notion de résilience est importante ici dans le rétablissement d'une personne, nous reviendrons sur ce concept dans les pages suivantes.

Une estime de soi haute serait liée au bonheur et au bien-être (Grumm et al, 2009). Plusieurs auteurs font la distinction entre l'estime de soi explicite et implicite. L'estime de soi explicite « est donc un mode de pensée contrôlé par des règles ou encore une attitude automatique au regard du Self qui influence, en retour, nos évaluations par rapport à notre propre personne et aux objets de l'environnement » (Baccus et al, 2004 ; cités par Vanden Berghe, 2016). L'estime de soi implicite « se définit comme une évaluation automatique, sur-apprise et non-consciente du Self qui guide les réactions aux stimuli » (Greenwald et Banaji, 1995 ; cités par Vanden Berghe, 2016).

Ces éléments présentés autour du concept d'estime de soi démontrent une pluralité de compréhension et d'explications. Il existe bien d'autres définitions du terme, ce qui met en évidence qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus unanime autour de ce concept.

3.2. Estime de soi avant la prise du chemin de rétablissement

Rappelons qu'avant d'être des pairs-aidants, ce sont des personnes qui ont traversé des événements de vie difficiles. L'estime de soi chez une personne ayant une ou des problématiques de dépendances ou ayant un trouble bipolaire est-elle basse ou intacte ? La survenue d'une difficulté de vie crée-t-elle une fluctuation dans l'estime de soi ? La stigmatisation et l'auto-stigmatisation ont-elles une influence sur l'estime de soi ?

O'Brien et ses collaborateurs (2006) mettent en évidence que le terme estime de soi est souvent en lien avec des troubles psychopathologiques tels que présentés dans le DSM. C'est donc un concept qui a son importance et qu'il ne faut pas négliger. L'estime de soi change au fur et à mesure de la vie et est influencée par les événements de vie d'une personne et inversement. Par exemple, dans le cas de la dépression, une faible estime de soi est un facteur de risque à la dépression. Des études ont montré que « l'effet de l'estime de soi sur la dépression était significativement plus important que l'effet de la dépression sur l'estime de soi. » (Sowislo et al, 2013, cités par Perrot, 2015). Autre exemple, une faible estime de soi peut être un facteur prédictif à l'alcool-dépendance. (Akerlind et al, 1988 ; Backer-Fulghum, 2012).

Une bonne estime de soi est relevée comme un besoin fondamental dans la vie d'une personne (Greenberg et al, 1992). Une haute estime de soi est associée à un bien-être

psychologique, physique et social car elle est prédictrice d'une bonne adaptation sociale. (Croizet & Martinot, 2003).

Les pairs-aidants travaillent avec des problématiques qu'ils ont vécus eux-mêmes telles que la bipolarité, la dépression, la dépendance et la stigmatisation. Aborder, brièvement, l'impact de ces problématiques sur l'estime de soi, semble adéquat.

Le trouble bipolaire peut entraîner des difficultés de détermination de l'identité qui peut elle-même entraîner une faible estime de soi. (Van Limbergen, 2013). En effet, plusieurs auteurs, aujourd'hui, corroborent le fait que « les épisodes affectifs se caractérisent par une perturbation de l'estime de soi » (Fekih-Romdhane et al, 2016). Ces auteurs démontrent que le nombre d'hospitalisations et le délai de prise en charge auraient un impact sur l'estime de soi qui est relativement basse. Cependant, Van der Gucht et ses collaborateurs (2009) ont mis en avant que l'estime de soi était haute durant les phases maniaques.

Chez les personnes souffrant de dépendance, les recherches divergent. Certaines recherches montrent qu'il n'y a aucun lien entre estime de soi et consommation d'alcool (Kokkevi et al, 2007). D'autres montrent que l'estime de soi basse est un facteur de risque à la consommation d'alcool, mais que chez les jeunes, l'estime de soi haute peut être aussi prédictrice de consommation excessive d'alcool et de drogues (Baumeister et al, 2003 ; Luhtanen & Crocker, 2005 ; Gerrard et al, 2000). En règle générale, les études montrent davantage un rapport entre estime de soi basse et des conduites addictives que ce soit pour la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'inhalant (Carvajal et al, 2000 ; Scheier et al, 1997 ; Hofler, et al., 1999 ; Howard et al, 1999). De plus, les personnes souffrant de dépendance étant stigmatisées, leur estime est aussi touchée par ce biais (McQuaid et al, 2017 ; Pearson et al, 2013)

La stigmatisation et l'auto-stigmatisation sont donc des éléments pouvant influencer l'estime de soi de manière négative. Croizet et Martinot (2003, 6) partent du principe que « Les membres de groupes stigmatisés, parce qu'ils sont confrontés à une dévalorisation de la part des autres, devraient logiquement souffrir d'un déficit en estime de soi. » Ils expliquent que la valeur que nous avons et que nous donnons aux autres et à soi-même est le « produit de dynamiques interpersonnelles et sociales complexes ». La théorie du « soi miroir » de Cooley en 1956 détermine que le concept de soi est influencé par les interactions sociales. Partant de ce principe si l'identité sociale des personnes souffrant

de troubles mentaux ou d'addictions est dévalorisée alors cela devrait conduire directement à une dévalorisation de l'estime de soi des personnes souffrantes. Croizet et Martinot (2003) spécifient néanmoins, que ce sont les personnes étant les plus importantes dans la vie de l'individu souffrant (famille, amis...) qui contribuent à la construction de l'estime de soi. Une importante donnée de la recherche de Croizet et Martinot montrent que lorsque le stigmate est visible, l'estime de soi ne semble pas altérée. Dans les travaux de Dif et ses collaborateurs (2002), il est démontré que « les étudiants atteints d'un handicap présentaient un niveau d'estime de soi significativement plus élevé que les étudiants sans handicap » (Dif & al, 2002 ; cités par Croizet & Martinot, 2003, 6). Frable et ses collaborateurs ont comparé des personnes ayant un stigmate visible et des personnes ayant un stigmate invisible (pauvreté, boulimie...) et ce sont aperçus que les individus « porteurs d'un stigmate invisible sont les seuls à souffrir d'une dévalorisation de soi » (Frable et al, 1998 ; cités par Croizet & Martinot, 2003, 7).

3.3. L'estime de soi du travailleur pair

Le pair-aidant écoute les problématiques des aidés, tentent de les comprendre affectivement, conseillent et discutent des solutions envisageables ainsi que de ce que lui a mis en place dans le passé face à un problème similaire. Un pair-aidant peut avoir plusieurs rôles : conseiller, médiateur, témoin, collaborateur et/ou formateur (Castro, 2020) . Le rôle du conseiller auprès des soignants sur le langage à éviter pour lutter contre la stigmatisation et sur l'importance de l'acceptation de la souffrance psychique. Le médiateur permet de créer des liens entre les soignants et les aidés ou la famille de l'aidé et l'aidé. Le témoin va raconter son expérience et expliquer le sens qu'il donne à sa maladie psychique ou somatique. Les collaborateurs participent à l'organisation des services. Enfin, les formateurs transmettent leurs connaissances aux futurs pairs-aidants et s'intègrent dans des activités de recherche.

Les pairs-aidants en partageant leur histoire et en transmettant leur savoir vont augmenter la connaissance d'eux même, leur aisance psychosociale et vont développer une satisfaction grâce à ce « rôle perçu comme valorisant et utile » (Kurpius, 2000 ; cité par Castro, 2020, 6).

Comme évoqué supra, le métier de pair-aidant permet de valoriser son vécu en aidant autrui grâce aux compétences acquises au cours de sa vie. Mettre en pratique le savoir expérientiel pourrait augmenter le sentiment de compétence des aidants, ainsi que

valoriser leur passé pour aider autrui. Nous retrouvons ici deux attributs de la confiance en soi : la valeur que l'on s'accorde et le sentiment de compétence. Si ces deux attributs sont mis en pratique, ils pourraient permettre une confiance en soi qui, elle-même, nourrit une estime de soi.

La dignité, elle aussi antécédent de l'estime de soi, est une compétence du travail de pair-aidant car elle se définit comme le respect pour soi et pour autrui. Le respect d'autrui est une base fondamentale du métier.

De plus, comme explicité plus haut dans le chapitre sur le sens, le pair-aidant pourrait donner du sens à sa vie et surtout aux événements négatifs vécus en aidant les autres. Comme vu précédemment, le sens de niveau « altruiste » est un niveau de sens haut qui permet plus de satisfaction de vie.

La pair-aidance est un travail dans la relation d'aide et plusieurs recherches ont démontré des apports positifs de faire un métier dans ce champ (Thompson et al, 2014). Dans la littérature, on peut voir apparaître le terme de « satisfaction de compassion » pour « rendre compte des sentiments positifs, du plaisir et de la valorisation tirés du travail en relation d'aide » (Stamm, 2010 ; cité par Julio, 2018, 64). Il existe aussi des risques au travail dans le domaine de la relation d'aide tels que la « fatigue de compassion », le « stress post-traumatique secondaire », le « trauma vicariant » ou encore l'épuisement professionnel. Il reste tout de même important de distinguer le travail du pair-aidant et celui du soignant. En effet, tous deux travaillent dans le champ de la relation d'aide mais leur fonction et l'utilisation du savoir sont différents. Les soignants utilisent un savoir théorique et d'expérience si cela se prête. Les pairs-aidants, quant à eux, utilisent principalement le savoir expérientiel.

3.4. Restauration de l'estime de soi

Comment pouvons-nous restaurer l'estime de soi ?

Pour restaurer l'estime de soi, je préconiserai de développer son self-care. Le self-care est

le processus par lequel les personnes assument la responsabilité de leur propre santé en comprenant comment la promouvoir et ce qui peut la nuire. C'est exécuté dans la vie quotidienne afin de maintenir un bien-être physique et psychique avec des comportements sains. Le self-care fait référence à son potentiel à répondre aux besoins, aux objectifs et aux problèmes de santé pour améliorer la capacité fonctionnelle, l'indépendance et la satisfaction et pour prévenir les dysfonctionnements, les incapacités et la douleur (Orem, 1971 ; Levin 1979 ; Hoy et al, 2006 ; Riegel et al, 2012 ; cités par Ausili et al, 2014, traduction personnelle)

Le self-care se retrouverait dans cinq domaines : le soutien professionnel, le développement professionnel, l'équilibre de vie, la conscience cognitive et l'équilibre quotidien. Dorociak et ses collaborateurs (2017) ont d'ailleurs construit leur échelle « Professional Self-Care Scale » autour de ces composantes. Prendre soin de soi peut passer par divers comportements, que ce soit prendre soin de son corps en faisant du sport, du yoga, une douche, un soin, un spa ou en prenant soin de son psychisme en lisant, se reposant, dessinant, en s'épanouissant dans une activité qui ressource la personne. Il y a autant de manières de prendre soin de soi que de personnes en ce monde.

Une autre manière d'augmenter l'estime de soi pourrait être de s'affilier à un groupe. Néanmoins, comme mentionné dans le début de ce chapitre, les personnes souffrant de troubles mentaux et d'addictions font partie d'une population stigmatisée. Ce même stigma étant invisible, l'affiliation à un groupe est davantage complexe. Guindon en 2010 exprime que les conseillers devraient encourager les aidés à entrer dans un groupe de parole ou d'entraide par les pairs car cela permet de renforcer l'acceptation de soi et de développer des compétences pour lutter contre la stigmatisation. Elle exprime aussi qu'approfondir ses relations avec ses proches est un bon moyen d'augmenter l'estime de soi car le feedback de ces personnes est un élément important dans l'estime de soi. La pair-aidance semble donc être un réel plus dans la restauration de l'estime de soi des aidés. Les groupes d'entraide ou de parole sont aussi un bon moyen de s'identifier à un groupe de référence. Cette dynamique est quant à elle favorisée par un concept expliqué bien plus haut dans ce mémoire : la proximité expérientielle.

La résilience semble également être un concept trouvant sa place dans ce sous-chapitre. En effet, « l'estime de soi favoriserait la résilience qui représente un processus adaptatif face à l'adversité et aux situations difficiles. La résilience symboliserait la maîtrise sur les événements de la vie. » (Doré, 2017, 23) La résilience et l'estime de soi seraient en réalité un cercle vertueux car l'estime de soi va permettre de porter sur eux-mêmes un regard plus positif et ce dernier développe la résilience qui se renforce par les épreuves surmontées.

La résilience est donc définie comme « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Fondation pour l'enfance, 2000 ; cité par Manciaux, 2001). La résilience n'est pas

absolue et acquise pour toujours, c'est une « capacité qui résulte d'un processus dynamique, évolutif, (...) et variable selon les circonstances, la nature des traumatismes, les contextes et les étapes de la vie. Elle peut s'exprimer de façons très variées, selon les différentes cultures. » (Manciaux, 2001, 325)

Les facteurs qui permettent la résilience sont : « l'estime de soi, la sociabilité, le don d'éveiller la sympathie, un certain sens de l'humour, un projet de vie... » (Manciaux, 2001, 326). Manciaux exprime aussi que la résilience peut contribuer au bonheur mais qu'elle n'est pas la recette du bonheur.

La résilience peut prendre diverses formes au niveau social : solidarité, attentes élevées, implication active, valeurs d'entraide et de tolérance sociale, diversité des supports et des ressources sociales (Anaut, 2005, 7). Une personne ayant eu des événements difficiles dans sa vie peut tenter de « conférer un sens à la blessure. Cette phase d'élaboration, qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'historicisation, peut donner lieu (...) aux récits de vie (...) ou se traduire par la créativité » (Anaut, 2005, 9)

« Cette réappropriation de son existence contribue à la redéfinition d'une identité, à la restauration de la confiance et de l'estime de soi, qui de façon circulaire conditionnent l'engagement dans l'action. » (Pachoud, 2012, 260).

Chapitre 4 : Synthèse

Pour conclure cette partie théorique, nous avons pu observer des recherches sur la pair-aidance mais moins sur l'impact de celles-ci sur les pairs-aidants. Les grandes études mettent en évidence une série d'impacts : augmentation de l'estime de soi, grande satisfaction au travail, sentiment d'être dénigré et dévalorisé par les soignants, une meilleure efficacité dans la prise en charge précoce des patients ayant une mauvaise alliance thérapeutique, une diminution du taux de réhospitalisation dans les équipes avec pairs-aidants, plus d'espoir et de contrôle perçus par les aidés sur leur rétablissement, la mise en évidence des difficultés dans la confrontation aux vécus d'autrui et une augmentation de la confiance en soi. (Davidson et al, 2006 ; Min et al, 2007 ; Scottish Government, 2009 ; Le Cardinal et al, 2013).

En effet, en utilisant leur savoir expérientiel, les pairs-aidants aident les personnes présentant la même problématique qu'eux. Ce processus nécessite que l'aidant ait imprégné son vécu, ce qui permet de le partager (Noël-Hureaux, 2019). Ce partage permet d'établir un lien de confiance et de se sentir compris, ce qui provoque, chez l'aidé, une augmentation de l'estime de soi (Gross, 2017). Des auteurs ont mis en avant les effets de la pair-aidance comme la diminution de l'isolement social des aidés ou encore l'adoption d'un langage moins stigmatisant dans les équipes soignantes présentant des pairs-aidants (Lawton-Smith, 2013 ; Walker & Bryant, 2013). Pour pousser nos recherches plus loin, nous avons analysé les différences entre les parrains/marraines des Alcooliques Anonymes et les pairs-aidants qui utilisent, tous deux, le savoir expérientiel mais d'une manière différente. Le modèle de Brickman (1982) a été envisagé à cette fin pour démontrer la différence entre les Alcooliques Anonymes et les pairs-aidants au niveau de la prise en charge. Le sens et l'estime de soi sont les notions théoriques que nous avons utilisées pour orienter notre recherche. Nous avons donc défini le sens de la vie et le sens au travail et mis en avant leurs composantes : la cohérence, le but, l'importance et la signification donnée, l'orientation, la cohérence (Medlock, 2016 ; Morin & Cherré, 1999). Nous nous sommes demandé si le sens pouvait être une aide dans le rétablissement. Enfin dans ce chapitre sur le sens, nous avons intégré la théorie des besoins psychologiques : sentiment d'autonomie, de compétence et d'appartenance (Ryan & Deci, 2017). La littérature sur l'estime de soi nous a permis de définir ce concept et de démontrer les composantes, les attributs, les antécédents et les conséquences de l'estime de soi (Doré, 2017). Nous avons mis en évidence, dans ce chapitre, des liens d'influence

entre certaines problématiques que les pairs-aidants questionnés ont ou ont eu et l'estime de soi. Nous avons ensuite porté notre attention sur l'influence de l'aide sur l'estime de soi des aidants et enfin, sur la restauration de celle-ci.

En définitive, nous débutons notre partie d'analyse en émettant deux idées hypothétiques qui vont guider notre volet empirique : « La pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail du pair-aidant » et « La pair-aidance augmente l'estime de soi du pair-aidant ». Nous allons maintenant mettre ces idées à l'épreuve du réel en collectant et en analysant des données du terrain.

Chapitre 5 : La méthodologie

5.1. Contexte de la recherche : Impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s’y adonne

Cette recherche se porte sur les impacts psychologiques de devenir pair-aidant. Interroger ces derniers me semble donc être judicieux. En effet, un bon nombre de recherches s’interrogent sur l’apport d’un pair-aidant dans les institutions et sur le devenir des patients. En revanche peu, voire aucune recherche, ne se questionne sur les bénéfices ou limites d’être pair-aidant. Notre problématique est donc « Quels sont les impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s’y adonne ? ». Notre hypothèse est qu’au travers de cette pratique, le pair-aidant développe en partie un sens à sa vie et augmente son estime de soi. Une recherche exploratoire semble donc judicieuse.

5.2. Choix méthodologique et justifications

Dans la communauté scientifique, il existe principalement deux grands types de recherches : la recherche qualitative et la recherche quantitative. Ces deux recherches sont complémentaires et parfois utilisées de concert, comme dans le cas des approches mixtes. Pour notre sujet encore peu exploré, une recherche qualitative semble être la plus appropriée, le but étant de comprendre spécifiquement ce qu’est la pair-aidance en allant questionner les acteurs de terrain. Dumez (2011, 49) confirme cette idée en exprimant qu’au travers de la recherche qualitative, on « cherche à comprendre les acteurs dans une situation ou un contexte [...] ». Ce présent mémoire s’articulera autour de l’analyse thématique des données récoltées grâce aux entretiens semi-directifs (Paillé & Mucchielli, 2016).

5.2.1. La validité de la recherche qualitative

La validité permet de rendre compte de manière authentique de la réalité du concept ou du sujet de recherche. Pour ce faire, nous questionnerons plusieurs pairs-aidants ce qui permettra de trianguler les données et de rendre la recherche plus valide en analysant et confrontant plusieurs sources d’informations (Guion et al., 2011). Pour envisager une recherche fiable et valide, certains critères sont à respecter tels que la précision, la transférabilité, la crédibilité et la rigueur (De Ketele & Roegiers, 2015). Néanmoins, Golafshani (2003) exprime que la notion de fidélité n’est pas une condition absolument requise dans la recherche qualitative. Une recherche qualitative valide et fiable peut, entre autres, servir de point de départ pour une potentielle quantification (De Ketele & Roegiers, 2015).

Kaufmann (2016) met en avant le concept de saturation de modèle qui pourrait être utilisé pour s'assurer de la validité de la recherche. Le chercheur atteint ce point de saturation lorsqu'il n'obtient que des informations déjà obtenues antérieurement. Ainsi, le niveau de maturation dépendra du nombre de pairs-aidants questionnés.

5.2.2. L'entretien semi-directif

Lors de ce type de recherche, le chercheur s'adresse directement au sujet pour obtenir des informations. « L'instrument d'observation est soit un questionnaire soit un guide d'entretien » (Van Campenhoudt & al., 2017, 214). Le guide d'entretien permet de collecter les informations et de répondre aux hypothèses.

Selon Van Campenhoudt et ses collaborateurs (2017), l'entretien permet une proximité entre le chercheur et le participant-répondant en laissant de la place à une réflexion riche et nuancée. Le chercheur doit tout de même veiller à ce que les objectifs de la recherche soient atteints tout en laissant une place à la liberté du répondant. Ce type d'entretien permet « d'accéder à un degré maximum de sincérité et de profondeur » (Van Campenhoudt et al, 2017, 242).

L'entretien semi-directif ou semi-dirigé n'est ni complètement ouvert ni complètement fermé, il est plutôt canalisé par un certain nombre de questions. Le chercheur réalise un guide d'entretien et il n'est pas dans l'obligation de poser toutes les questions, choisissant de le faire dans l'ordre le plus approprié. Il essayera de « laisser venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient » (Van Campenhoudt et al, 2017, 242).

Les objectifs des entretiens semi-directifs énoncés par Van Campenhoudt et ses collaborateurs sont principalement :

l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés (...); l'analyse d'un problème précis (...); la reconstitution de processus d'action, d'expériences ou d'événements du passé; les trajectoires de vie dans leurs dimensions sociales et individuelles (Van Campenhoudt et al, 2017, 244)

Dans le cadre de notre recherche, ces objectifs concordent parfaitement avec les nôtres. En effet, la rencontre des pairs-aidants permettra de mieux comprendre leur pratique et le sens donné à celle-ci et de mettre en perspective leurs événements de vie passés avec leur pratique actuelle.

5.3. L'échantillon

Notre échantillon sera composé de 10 pairs-aidant.e.s. Nos critères d'inclusion sont le fait que la personne travaille comme pair-aidante. Ces personnes doivent avoir une expérience en tant que pair-aidant. Mon échantillon a été recruté via le contact d'institutions diverses travaillant avec des pairs-aidants. Les personnes interrogées viennent de contextes différents : addictions, précarité, santé mentale, maladies sexuellement transmissibles.

Dénomination	Description	Contexte	Type d'entretien	Date de l'entretien
Pair-aidant 1 (PA1)	Homme, 40 ans.	Dépendance à l'alcool	Face à face	01/07
Pair-aidant 2 (PA2)	Homme, 67 ans	Dépendance à l'alcool	WhatsApp	04/07
Pair-aidant 3 (PA3)	Femme, 53 ans	Dépendance à l'alcool	Téléphone	04/07
Pair-aidant 4 (PA4)	Homme, 57 ans	Dépendance à l'alcool / Maladies sexuellement transmissibles	Téléphone	05/07
Pair-aidant 5 (PA5)	Homme, 57 ans	Dépendance à l'alcool	Téléphone	06/07
Pair-aidant 6 (PA6)	Femme, 46 ans	Précarité	Téléphone	07/07
Pair-aidant 7 (PA7)	Homme, 47 ans	Dépendance à l'alcool	Face à face	08/07
Pair-aidant 8 (PA8)	Femme, 30 ans	Bipolarité	Visioconférence	08/07
Pair-aidant 9 (PA9)	Homme, 68 ans	Bipolarité / Assuétudes	Téléphone	09/07
Pair-aidant 10 (PA10)	Homme, 45 ans	Assuétudes	Téléphone	12/07

Après l'entretien réalisé avec la pair-aidante 6, nous l'avons exclue de nos participants car elle ne correspondait pas aux critères souhaités n'étant pas une pair-aidante mais une experte du vécu. Nous reviendrons sur cette notion dans notre partie perspective.

5.4. Construction du guide d'entretien

Ce guide présente plusieurs thèmes et ceux-ci sont mis en relation avec les chapitres théoriques. Les questions ont été construites de manière ouvertes et dirigées pour que les pairs-aidant.e.s puissent s'exprimer librement tout en gardant une ligne directrice.

Nous démarrons l'entretien avec des questions globales pour permettre d'entrer en relation et de mettre à l'aise l'interviewé.e. Elles permettent d'engager l'individu dans une dynamique de discussion dont il est l'acteur principal. Nos premières questions portent sur l'arrivée de la pair-aidance dans la vie de la personne, les tâches réalisées, le suivi d'une éventuelle formation.

Nous interrogerons ensuite sur les principales raisons d'être pair-aidant tels que les motivations, l'apport personnel, le sens de la vie et le sens au travail.

La suite du guide d'entretien se centre sur les effets de la pair-aidance sur la personne. L'estime de soi, le bien-être, le savoir expérientiel, le self-care, les éventuelles difficultés et la notion de stigmatisation seront questionnées.

Pour finir, les dernières questions se basent sur le ressenti de la personne et l'idée qu'elle se fait de l'avenir du métier. La personne pourra, à ce moment, ajouter ou compléter ce qu'elle souhaite.

5.5. La méthode d'analyse de données

Comme mentionné supra, la méthode d'analyse de données choisie est l'analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2016). Celle-ci consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. » (Paillé & Mucchielli, 2016, 236). Cette analyse a deux fonctions : le repérage et la documentation. Le repérage consiste à mettre en évidence les thèmes. La documentation, quant à elle, se définit dans la création de liens de ressemblance ou divergence au sein des thèmes. Elle permettra donc de réduire la quantité de données récoltées en synthétisant les témoignages de la personne questionnée (dans le cadre de cette étude : le pair-aidant). En effet, le but est de mettre en évidence les thèmes récurrents. L'analyse thématique se divise en plusieurs grandes étapes : se familiariser avec les données, générer des codes préliminaires, rechercher, réviser, définir les thèmes et enfin, écrire le rapport (De Mol, 2020)

L'objectif sera donc de commencer par retranscrire les entretiens mot pour mot, c'est ce qu'on nomme les verbatims. Ensuite, nous tenterons de trouver des codes dans ces derniers. L'ensemble de ces codes créeront des thèmes. Le but sera donc de vérifier ces thèmes en fonction de l'ensemble des données et de les définir. Enfin, nous écrirons les résultats d'analyse en lien avec la question de recherche. (De Mol, 2020)

L'analyse se fera en deux temps. Premièrement, nous effectuerons une analyse thématique verticale, c'est-à-dire une analyse de chaque entretien pris séparément. Cette analyse permettra de se faire une idée des thèmes récurrents (Frisch, 1999 ; Ghiglione & Matalon 1978). Ensuite, viendra l'analyse thématique horizontale qui mettra en avant les convergences et les divergences entre les verbatims. (Paillé & Mucchielli, 2016).

Chapitre 6 : L'analyse

6.1. Les pairs-aidants / participants

Les pairs-aidants interrogés ont tous signé une lettre de consentement stipulant leur accord à la participation. Certains ont rajouté des clauses lors du consentement.

Pair-aidant 1

Le premier pair-aidant est un homme de 40 ans, bénévole dans la province du Hainaut. Il se décrit comme « alcoolique abstinent ». Il se dit timide mais stipule qu'au travers de la pair-aidance, il s'affranchit ce dont il est très fier. Il se sent bien dans cette activité mais ne la voit pas comme un métier. Il explique ne pas s'impliquer assez pour en faire un métier d'autant plus qu'il n'est pas payé. Il est pair-aidant depuis 3 ans et demi et ne souhaite pas faire de formation dans ce domaine. Il exprime que partager son vécu est très libérateur et qu'il a pour simple objectif d'aider un maximum de personnes à « sortir de ce cauchemar ». Il s'implique peu dans le développement de la pair-aidance de manière générale et préfère faire de l'accompagnement dans une association.

Pair-aidant 2

Le deuxième pair-aidant interviewé est un homme de 67 ans, bénévole dans une association située dans la province du Hainaut. Il est alcoolique abstinent depuis 27 ans. Il a commencé à aider ses pairs peu après son arrêt, en commençant par des groupes de parole en tant qu'aidé et puis en tant qu'aidant. Il exprime un grand bien-être dans cette activité et s'écrie : « La vie est belle, ma vie est belle !! Ça je peux le crier sur les toits ! ». Il explique avoir énormément d'espoir quant au développement de la pair-aidance et plus particulièrement de l'association dans laquelle il s'implique. Il dit que l'aide aux autres lui apporte beaucoup et ressent de la gratitude pour l'association qui l'a aidé à s'en sortir. Cette personne présente des problèmes neurologiques et avait donc parfois des difficultés à comprendre le sens des questions posées. Il s'exprimait lentement et son discours semblait laborieux. Néanmoins, nous avons pris le temps de faire cette interview de sorte que chaque question soit comprise.

Pair-aidant 3

Le troisième pair-aidant est une femme de 53 ans. Elle est bénévole dans une association qui propose des entretiens individuels et des groupes de parole pour des personnes présentant des difficultés liées à la consommation d'alcool dans la province du Hainaut.

Elle est alcoolique abstinente depuis 4 ans. Le travail de pair-aidante lui procure du bien-être mais elle stipule tout de même qu'en fonction de l'aidé qui se présente, elle a parfois des difficultés à gérer ses émotions. Elle a traversé des difficultés pendant de nombreuses années et n'a plus de contacts avec les membres de sa famille à cause de sa problématique. Elle exprime avoir totalement perdu son estime d'elle-même durant ces difficultés. Néanmoins, aujourd'hui, elle se sent mieux et continue à voir une psychologue pour l'accompagner dans ce travail. Dans son activité de pair-aidante, l'entraide entre collègues est un élément important pour elle. Elle exprime que « ça aide à tenir le coup ».

Pair-aidant 4

Le pair-aidant 4 est un homme âgé de 57 ans. Il est bénévole dans une association aidant des personnes souffrant de dépendance à l'alcool dans la province du Hainaut et s'engage bientôt en tant que bénévole dans une association qui œuvre pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ce pair-aidant était un peu nerveux à l'idée de répondre à mes questions car il est pair-aidant depuis 3 semaines. Il se sentait moins légitime que les autres de l'association. Néanmoins, il se sent compétent, soutenu et autonome dans cette activité. Il relève une bonne entente avec ses collègues. Il exprime que, dans son ancien travail, il avait fait une formation à l'écoute active et que cet apprentissage lui est très utile dans son activité de pair-aidance. Il dit s'épanouir dans cette activité.

Pair-aidant 5

Le cinquième pair-aidant est un homme de 57 ans également, qui travaille dans l'accompagnement de personnes dépendantes à l'alcool et fait le lien entre des institutions et des personnes dépendantes. Il rencontre les personnes dans des parcs, des cafés et chez elles si elles le souhaitent et, pour reprendre ses mots : « partout où la personne se sent suffisamment à l'aise pour que le discours puisse se déployer ». Il est critique sur les formations à la pair-aidance et stipule ne pas la faire car il n'y a aucun pair-aidant dans les postes à responsabilité en disant : « ce qui n'est pas fait avec nous, est fait contre nous. ». Il témoigne et apporte une grande importance à la formation en règle générale, il dispose de plusieurs masters (sciences politiques, anthropologie) et a entrepris diverses formations (santé mentale à protection sociale, alcoologie, psychanalytique). C'est une personne ayant une vision plus large du concept de la pair-aidance. Il exprime des craintes

sur la pair-aidance en Belgique avec notamment une obligation à la formation et une pression à l'intégration des pairs-aidants dans le but d'obtenir des subsides.

Pair-aidant 6

Le sixième pair-aidant est une femme de 46 ans. Elle travaille comme experte du vécu qui diffère du travail de pair-aidant, dans la région de Bruxelles Capitale. Elle agit surtout au point de vue administratif et tente de faciliter l'accès aux droits en matière de précarité. Anciennement dans une situation de précarité, elle utilise son vécu pour venir en aide aux personnes dans le besoin. C'est une personne qui réalise des conférences sur les experts du vécu à l'international : Canada, Italie, Suisse, Lituanie. Cette personne était heureuse de participer à cette recherche et semblait passionnée par son métier. Nous n'utiliserons pas ces données dans notre analyse, nous reviendrons sur ce point dans la partie discussion.

Pair-aidant 7

Le pair-aidant 7 est un homme de 47 ans. Il est bénévole dans une association qui vient en aide aux personnes dépendantes à l'alcool. Il reçoit ces personnes en rendez-vous individuel et participe aux groupes de parole. Il est membre d'une autre association dans la pair-aidance qui promeut l'intégration des pairs-aidants dans les soins. Il a suivi une formation en alcoologie et aimerait commencer à gagner sa vie en tant que pair-aidant et coach. Il déplore le salaire des pairs-aidants et estime que les pairs-aidants devraient être payés comme les psychologues. Il exprime avoir vécu beaucoup de difficultés dans sa vie et avoir complètement perdu son estime de lui. Il est très touché et se sent ému lorsqu'il répond aux questions liées à l'estime de soi. Il explique que le travail de pair-aidant fait du bien à l'égo et permet de restaurer une partie de l'estime de soi, notamment, en répondant à son syndrome de sauveur et grâce à la reconnaissance perçue.

Pair-aidant 8

Le pair-aidant 8 est une femme de 30 ans. Elle travaille à mi-temps au sein d'une association qui promeut l'intégration des pairs-aidants en Belgique. Elle sensibilise dans les écoles, les hautes-écoles et durant des conférences sur la pair-aidance et la bipolarité. Elle a un autre mi-temps dans l'accompagnement des jeunes mais ce travail n'est pas en lien direct avec la pair-aidance. Néanmoins, elle met en avant un bel équilibre de vie grâce à ses deux activités. C'est une personne habituée à répondre aux recherches sur la pair-

aidance. Elle exprime être devenue pair-aidante car elle aurait aimé avoir un pair-aidant lors de ses difficultés en disant : « *Tous ces moments-là, je peux les identifier comme des moments de souffrance où je me sentais seule alors je me dis qu'un pair-aidant ça aurait pu être bien dans ce cas-là. Vraiment une personne avec une situation similaire me dire que ça allait aller, en fait, j'aurais aimé me rencontrer moi à 17 ans.* » Elle explique avoir appris à connaître sa maladie au travers de la pair-aidance en ayant accès à une série de documentations et à des témoignages, ce qui fut très aidant pour elle.

Pair-aidant 9

Le pair-aidant 9 est un homme de 68 ans. Il travaille dans une institution psychiatrique dans un service pour les personnes psychotiques présentant aussi des assuétudes. Il fait part de son expérience en tant que bipolaire et ancien dépendant à l'alcool. Il se sent bien intégré dans son équipe de soins. Il a monté aussi une troupe de théâtre/ improvisation incluant des personnes psychotiques et se sent très fier de cela. Cette personne était heureuse de partager son vécu avec moi. Il insiste plusieurs fois sur le fait qu'il n'est pas soignant dans son équipe et que son travail est complémentaire à ceux-ci. Il a fait la formation à la pair-aidance et exprime que ça lui a permis d'avoir un cadre bien défini et plus d'outils. Il explique être devenu pair-aidant après sa retraite où il est passé d'un travail très chargé à plus rien, ce qu'il a mal vécu. Son engagement dans la pair-aidance lui a permis de redonner du sens à sa vie et a de nouveau remplir ses journées.

Pair-aidant 10

Le pair-aidant 10 est un homme de 45 ans. Il travaille dans plusieurs associations dans l'aide aux personnes SDF et présentant des assuétudes. Il se rend dans les équipes soignantes pour expliquer la pair-aidance et « former » les équipes pour l'intégration de pair-aidant dans le service. Il a participé à la formation à la pair-aidance et explique que ce fut une révélation pour lui et que sa vision du rétablissement a changé. Néanmoins, il met en avant des difficultés concernant l'entente entre pairs-aidants dans les associations de pairs-aidants en témoignant d'agression et de maltraitances qu'il a vécu au sein de ces associations. Aujourd'hui, il monte sa propre association et dit choisir son entourage. Il se sent autonome, soutenu et compétent. Il exprime aussi ressentir un grand sens à sa vie.

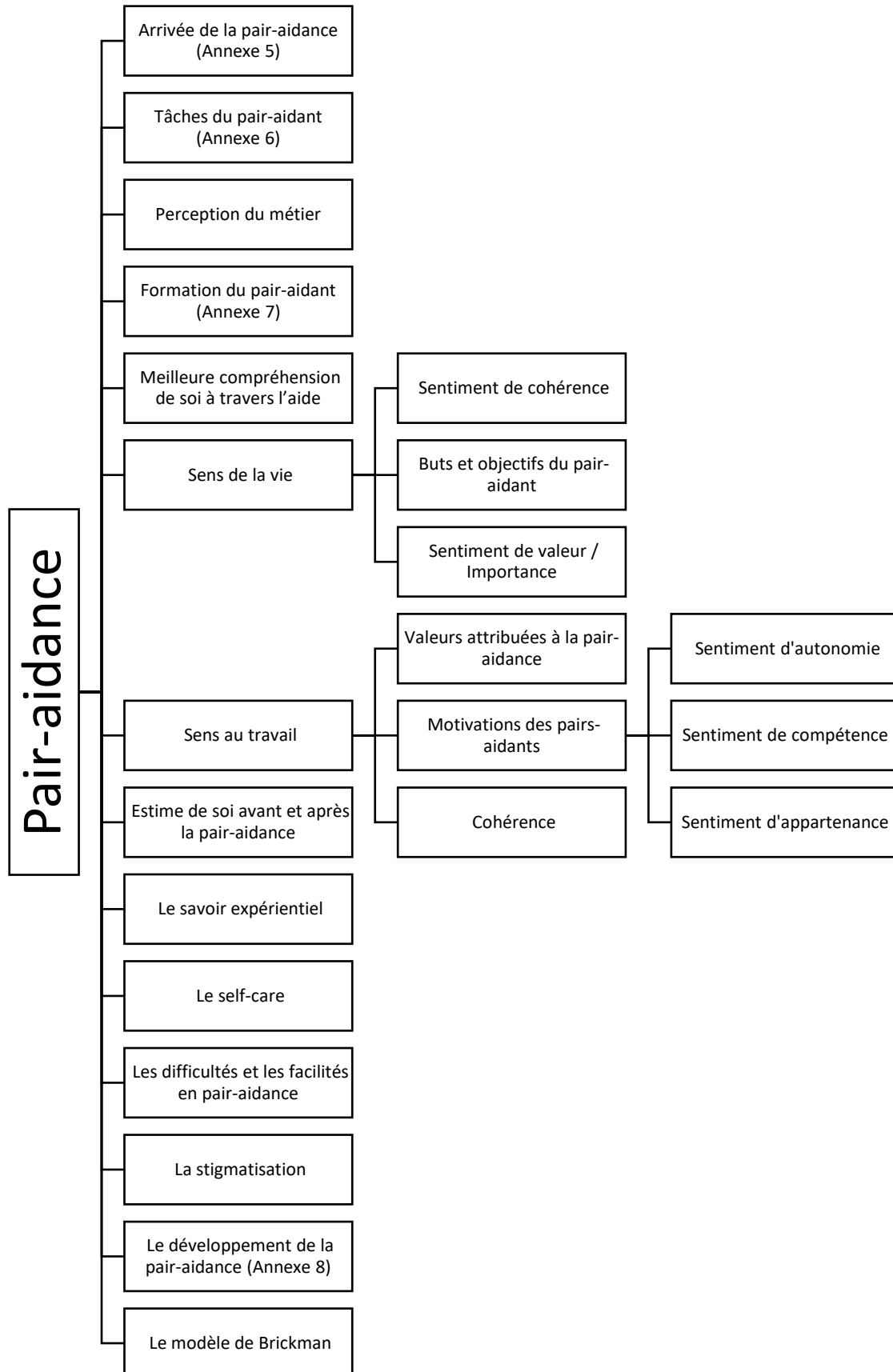
6.2. L'analyse et présentation des résultats

Le guide d'entretien a été pensé de manière à faire le tour de la pair-aidance. La première partie de ce guide a permis de mettre en évidence le parcours de la personne interviewée, ses tâches et si elle a suivi une éventuelle formation pour devenir pair-aidante. Ces questions ont permis de dégager les thèmes suivants : arrivée de la pair-aidance (annexe 5), tâches du pair-aidant (annexe 6), perception du métier et formation du pair-aidant (annexe 7).

Ensuite, nous sommes rentrés dans le cœur de notre entretien en amenant des thèmes tels que : la compréhension de son histoire à travers l'aide, le sens de la vie, le bien-être, le sens au travail, l'estime de soi avant et après la pair-aidance, le savoir expérientiel, le selfcare, la stigmatisation et enfin, les espoirs de développement de la pair-aidance en Belgique (annexe 8). Le modèle de Brickman (1982) vu dans le chapitre 1 sur la pair-aidance a aussi été analysé. Nous avons placé les pairs-aidants dans les modes de prises en charge selon leurs réponses aux deux questions relatives au modèle : « Selon vous, la personne est-elle responsable de l'apparition de l'addiction ? » et « Selon vous, la personne est-elle actrice dans son rétablissement ? »

Ce tour d'horizon de la pair-aidance a mis en lumière une multitude de thèmes permettant chacun d'observer différentes perspectives du concept de la pair-aidance et l'impact qu'a la pair-aidance sur la personne qui s'y adonne.

Illustration 1 : Arbre thématique de départ



6.2.1. Perception du métier

Au fur et à mesure des entretiens, une question s'est posée : « *La pair-aidance est-elle un métier ?* » En effet, lors du premier entretien en posant la question : « *Quelles sont vos motivations dans votre métier de pair-aidant ?* », le participant questionné a repris ce mot « métier » en expliquant que pour lui, la pair-aidance n'est pas un métier. Nous avons donc à la suite de cet échange, rajouté cette question au guide d'entretien.

Sur les huit personnes à qui nous avons posé la question, quatre ne considèrent pas leurs activités dans la pair-aidance comme un métier (PA1, PA3, PA4, PA10). Le pair-aidant 1 exprime que, pour le considérer comme un métier, il est nécessaire d'être **rémunéré**, ce qui n'est pas le cas pour lui. La pair-aidante 3, quant à elle, ne pense pas que la pair-aidance est un métier car cela nécessiterait plus de moyens de la part des hôpitaux. Le pair-aidant 10 dit avoir une posture professionnelle, mais ne considère pas ses activités comme un métier.

Les trois personnes qui considèrent la pair-aidance comme un métier (PA5, PA7, PA8) expliquent que si la personne est suffisamment formée et informée et qu'elle œuvre dans l'aide, alors c'est un métier (PA5, PA7). Certains espèrent tout de même que les pairs-aidants seront un jour payés pour ce travail (PA7, PA8).

6.2.2. Meilleure compréhension de soi à travers l'aide

Le travail de pair-aidant semblerait permettre une meilleure compréhension de soi et de ses comportements (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA8, PA9, PA10). Certains pairs-aidants apprennent à **mieux comprendre leur problématique** (PA8, PA9) en y étant confrontés en aidant autrui comme la pair-aidante 8 : « *j'ai eu l'occasion de parler à des familles et tout du trouble bipolaire et [...] j'ai eu accès à plein de documentation en fait, et là j'ai commencé à lire la documentation et j'ai commencé à me dire « Ah ouais, d'accord. Parmi tous ces symptômes-là, il y a tout ça qui sont des symptômes que tu as vécus. Okay, d'accord, je comprends pourquoi j'ai fait ça, je comprends donc ». Ça m'a permis de me comprendre, mais voilà, c'était quand même 5 ans après ma dernière hospitalisation.* ». Le pair-aidant 1, quant à lui, explique que parler de son histoire aide dans le fait de **s'extérioriser**, ce qu'il trouve très libérateur. Les pairs-aidants 2 et 7 disent que le fait d'aider autrui permet de se **remettre en question**. Plusieurs pairs-aidants semblent d'accord pour dire que quand on aide autrui, on s'aide soi-même et qu'être aidant « oblige » une certaine **exemplarité** (PA4, PA10). Les pairs-aidants 5 et 10 relèvent le fait que l'expression de leur histoire permet de se **l'approprier et de la**

maitriser, ce qu'ils trouvent thérapeutique tel que l'explique le pair-aidant 10 : « *Non, je pense que oui clairement, déposer son parcours ça a été la chose [...] la plus dure pour beaucoup de personnes mais c'est la chose qui est fort thérapeutique.* ». Enfin, le fait d'aider autrui et de voir une personne éventuellement rechuter ou avoir des difficultés dans son parcours semblent donner aux pairs-aidants **une connaissance de leurs propres limites** et des facteurs pouvant provoquer chez eux une éventuelle rechute. « *...de voir des personnes très stabilisées qui rechutent autour de moi ou de voir des personnes qui ne vont pas bien et qui me ramènent à mon vécu ce n'est pas toujours facile, mais en même temps, voilà, ça me donne une meilleure connaissance de moi-même aussi. Et ça reste important, je pense de rester connecté aussi à son vécu et de continuer à faire attention [...] à tout ce qui pourrait me mettre en danger finalement.* » (PA8)

6.2.3. Le sens de la vie

Pour ce thème, nous avons interrogé les participants de manière globale en demandant : « *Ici et maintenant, diriez-vous que votre vie est sensée ?* » Nous avons ensuite investigué les sous-thèmes de **cohérence**, **objectifs** et de **valeur/importance**. Ces trois sous-thèmes sont, en réalité, les trois composantes du sens de la vie selon Medlock en 2016.

Concernant la grande question relative au sens de la vie, la majorité des personnes interrogées trouvent un sens à leur vie (PA1, PA2, PA4, PA5, PA8, PA9, PA10). Certaines personnes nous ont dit d'elles-mêmes que la pair-aidance y contribue (PA1, PA5, PA8, PA9, PA10). Le pair-aidant 9 explique qu'après sa retraite, il avait totalement perdu le sens de sa vie en passant d'un travail très chargé à un temps libre excessif ; son activité de pair-aidant a permis de rythmer ses journées et de donner du sens à sa vie. La pair-aidante 8 exprime aussi que la pair-aidance contribue à ajouter du sens à sa vie car elle peut utiliser les aspects difficiles de son vécu en aidant autrui : « *Du coup, ouais, du coup ça, ça a énormément de sens pour moi, du fait que j'utilise vraiment cette particularité de mon parcours et que ça n'a pas été vain en fait.* ».

D'autres pairs-aidants ont été plus mitigés, comme la pair-aidante 3 qui explique que depuis qu'elle a arrêté l'alcool, sa vie présente plus de sens mais qu'elle a toujours des petits problèmes dans sa vie. Le pair-aidant 7, quand à lui, explique que sa vie est très remplie mais que s'il pouvait gagner de l'argent dans la pair-aidance, sa vie présenterait plus de sens.

6.2.3.1. Sentiment de cohérence

Les personnes interrogées sont majoritairement d'accord pour dire que la pair-aidance permet d'amener une cohérence à leur vécu. Les pairs-aidants l'expriment de diverses manières, ils expliquent que la pair-aidance peut **structurer** le vécu (PA5) ou encore, le fait **d'utiliser leur vécu perçu comme négatif afin d'aider autrui** influence positivement le sentiment de cohérence : « *...que ce long parcours là puisse être utilisé par d'autres personnes, que d'autres personnes puissent s'en inspirer un petit peu. Pour moi, c'est ça la cohérence de mon parcours là* » (PA8).

Un pair-aidant émet un doute en expliquant qu'il ne pense pas que son parcours est cohérent mais qu'il a accepté ce qu'il a vécu (PA10).

6.2.3.2. Buts et objectifs du pair-aidant

La majorité des personnes ont des projets dans la pair-aidance que ce soit **aider** le plus de personnes possible (PA1, PA9) ou **développer** et **s'investir** davantage dans les associations liées à la pair-aidance (PA2, PA3, PA4, PA7, PA10). Comme le confirme le pair-aidant 4 : « *je compte aussi m'engager en tant que volontaire. C'est chez *association citée* qui s'occupe de la prévention sur les maladies MST - VIH pour la communauté homosexuelle.* » ou encore le pair-aidant 7 : « *J'aimerais bien, même si c'est bénévole, que l'association évolue et avance et tout ça donc oui.* »

D'autres personnes expliquent se laisser surprendre par l'avenir en n'ayant aucun objectif particulier (PA5).

6.2.3.3. Sentiment de valeur et d'importance

La question posée était orientée sur la pair-aidance en demandant : « *La pair-aidance contribue-t-elle ou non à ajouter de la valeur à votre vie ?* »

Tous les répondants s'accordent à dire que la pair-aidance contribue à ajouter de la valeur à leur vie. Certains parce qu'ils ont un sentiment d'**utilité** (PA1, PA3) ou un sentiment de **reconnaissance** (PA8), d'autres expriment que la pair-aidance, c'est de la **valeur ajoutée** (PA2, PA4, PA5, PA7, PA8). Le pair-aidant 10 parle **des valeurs ajoutées** à la vie grâce à la pair-aidance. Il affirme : « *C'est le sens en fait comme vous disiez un peu avant [...] du coup aujourd'hui, la vie a de la valeur, il y a encore trois ans je pouvais mourir c'était tant mieux* » Apporter une nuance est indiquée, la valeur de la vie de ces personnes ne concerne pas uniquement la pair-aidance, mais tous s'accordent à dire que la pair-aidance accorde de la valeur et de l'importance à la vie.

6.2.4. Le sens au travail

Tous les participants questionnés sur ce thème confirment que le travail de pair-aidant est un travail sensé. Comme le dit le pair-aidant 4 : « *Oui, voilà, ça me procure du sens et de l'épanouissement personnel.* »

Nous allons analyser le sous-thème des **valeurs attribuées à la pair-aidance** qui est notre première composante du sens au travail. Ensuite, **la motivation** sera analysée en reprenant les composantes du fonctionnement optimal : **autonomie, compétence et appartenance**. Enfin, nous nous intéresserons au **sentiment de bien-être et de sérénité** qui fait référence à la cohérence au travail.

6.2.4.1. Les valeurs attribuées à la pair-aidance

Concernant cette première composante, une multitude de valeurs ont été énoncées telles que l'**égalité** (PA3, PA9), l'**écoute** (PA4, PA5, PA7), le **non-jugement** (PA4, PA9), l'**humilité** (PA5), la **bienveillance** (PA7), l'**empathie** (PA7), le **respect du secret professionnel** (PA9), le **respect au sens large** (PA9), l'**équité** (PA9), l'**espoir** (PA9), la **confiance** (PA9), la **tolérance** (PA9), l'**acceptation** (PA9), la **compréhension** (PA9), la **solidarité** (PA9), l'**authenticité** (PA9).

6.2.4.2. Les motivations du pair-aidant

Les motivations relatives à l'activité de pair-aidant sont diverses. Plusieurs points ont été mis en avant. Par facilité, nous les catégoriserons en deux parties : celle axées sur le pair-aidant et celle axées sur le pair-aidé.

Concernant les motivations axées sur le pair-aidant, les points mis en avant sont les suivants : la pair-aidance permet de **partager son expérience** (PA3, PA4, PA7, PA10) comme explique le pair-aidant 7 : « *[...] ça fait du bien de partager, même si c'est un entretien, partager ce qu'on a vécu comme m**** et se dire qu'on en est sorti ça fait du bien à l'égo...* ». Une autre motivation relevée dans cet axe est que le fait d'être pair-aidant **contribue au rétablissement** de l'aidant (PA1, PA2, PA9, PA10), par exemple le pair-aidant 9 exprime : « *[...] la pair-aidance, ça m'apporte et, comme je l'ai dit, moi ça me fait beaucoup de bien parce que ça a redonné du sens à ma vie, ça me permet moi-même de persévérer dans mon rétablissement parce que toutes les expériences que j'ai depuis des années m'ont à chaque fois apporté quelque chose* ». Il semblerait donc que le fait d'être pair-aidant et partager ses expériences aident dans le rétablissement des aidants.

D'autres éléments contribuent à la motivation tels que le fait que la pair-aidance **favorise de belles rencontres** (PA2, PA10), donne la possibilité de **rendre** ce que la personne a reçu (PA2), répond au « **complexe du sauveur** » appelé dans la littérature syndrome du sauveur² (PA5, PA7), donne **accès à des valeurs** humaines (PA10), **redonne du sens à la vie** (PA9) et permet d'obtenir de la **reconnaissance** au travers de cette activité comme le confirme le pair-aidant 7 : « *Ça permet un petit peu une forme de reconnaissance, quelque chose comme ça et venir se dire « allez on va peut-être aider quelqu'un aujourd'hui » ça fait du bien.* »

Les motivations axées sur l'aidé sont diverses. Plusieurs éléments ont été énoncés tels que permettre aux personnes **d'arrêter de consommer** lorsqu'il s'agit d'assuétudes (PA1, PA3, PA4, PA7), **faire sentir à la personne qu'elle n'est pas seule** (PA4, PA8), **donner de l'espoir** à l'aidé (PA4, PA8) comme le développe la pair-aidante 8 : « *[...] quand on est dans une situation où on va très mal, où on est au fond d'une dépression ou d'une dépendance, on a l'impression qu'on va jamais s'en sortir ; le fait d'avoir un exemple d'une personne rétablie à côté de soi, c'est vraiment être porteur d'espoir.* ». La pair-aidante 8 amène un autre point important au sujet de la **déstigmatisation** de l'utilisateur en santé mentale en expliquant : « *C'est important aussi [...] qu'il ait une déstigmatisation au niveau des professionnels aussi parce que [...] ils ont parfois une image aussi de l'utilisateur de la santé mentale très négative, du fait d'avoir toujours des personnes [...] qui reviennent ou qui rechutent, ils ont pas forcément la possibilité de voir des gens qui vont bien en dehors de l'hôpital et donc, du coup, parfois, il y a cette vision de l'utilisateur [...] qui est un cas désespéré, or, ce n'est pas le cas* ».

Dans ce thème « motivation », nous avons aussi analysé les sous-thèmes **d'autonomie, de compétence et d'appartenance**.

6.2.4.2.1. Autonomie

Tous les pairs-aidants ont déclaré se sentir autonomes dans la gestion de leurs activités de pair-aidant. Le pair-aidant 2 l'exprime comme suit : « *Tout à fait ! Je fais ce que je veux, quand je veux et à la façon que je veux à condition de respecter une certaine procédure* ». Certains expliquent se sentir autonomes mais il y a, tout de même, une personne supérieure hiérarchique qui gère l'association comme le confirme la pair-

² Le principe général du « syndrome du sauveur » : un besoin chronique d'être dans la position du sauveur à l'intérieur d'une relation de couple, besoin né d'expériences remontant à l'enfance, qui ont blessé le sauveur, lui ont fait honte ou peur. » (Lamia & Krieger, 2017, 6)

aidante 3 : « *Autonome et bien, disons que dans ce qu'on dit oui, mais c'est *Prénom du directeur* qui gère le tout.* ». Le pair-aidant 9 travaillant dans une institution avec des professionnels explique : « *Oui oui oui tout à fait tout à fait ! Il y a certaines choses, parfois, que j'aime un peu moins faire, [...] je le dis à l'équipe, je le dis « voilà moi ça je n'aime pas trop » et bien ils font avec* ». Certains pairs-aidants travaillent seuls ou sont directeurs de leur association et donc se sentent parfaitement autonomes dans la gestion de leurs activités (PA5, PA10).

6.2.4.2.2. Sentiment de compétence

La majorité des pairs-aidants se sentent compétents (PA2, PA3, PA4, PA7, PA8, PA9, PA10). Certains disent se sentir compétents à condition que le pair-aidé aie **la même problématique** que le pair-aidant comme le confirme la pair-aidante 3 : « *Je dirai que oui, dans ce que je fais oui parce que l'alcool j'y ai touché. Par exemple, si vous me parlez de drogue, ça, je n'y ai jamais touché donc là ce serait non* ». Le pair-aidant 2 se sent compétent mais n'attend pas de résultat. Certains pairs-aidants ont des **retours positifs** ce qui renforce ce sentiment (PA4, PA10), d'autres ont **évolué de manière significative d'un point de vue personnel et professionnel** ce qui renforce le sentiment de compétence (PA8, PA9, PA10). La pair-aidante 8 met en avant que ces diverses **formations** ont largement contribué à son sentiment de compétence : « *Je me sens légitime dans mon rôle par mon expérience, par mon vécu, mais surtout [...] par rapport au fait d'avoir des formations. Donc j'ai travaillé un an dans une *association* et là j'ai fait une formation à l'écoute et une formation à la gestion de groupe de parole. Pendant ma formation, j'ai fait une formation à la gestion du stress pendant un an, j'ai fait une formation à l'*université*, là aussi, j'ai appris pas mal de choses.* »

Le pair-aidant 1 espère être compétent et a connaissance de retours positifs sur son travail mais exprime ne pas pouvoir se juger soi-même.

Le pair-aidant 5 dit clairement ne pas se sentir suffisamment compétent et pense qu'il ne le sera jamais suffisamment. Lorsque nous lui avons demandé ce qu'il faudrait faire pour augmenter ce sentiment, il a expliqué qu'il faudrait 30 ou 40 ans de profession en disant : « *quand on sort des études, ça nous donne juste le droit de commencer à apprendre* ».

6.2.4.2.3. Sentiment d'appartenance

La majorité des pairs-aidants questionnés se sentent **soutenus** dans leurs activités que ce soit par d'autres pairs-aidants, par des amis, ou encore, par la famille (PA1, PA2, PA3,

PA4, PA7, PA9). Le pair-aidant 9 appuie ces propos en parlant de l'accueil très positif que lui a réservé l'équipe soignante lors de son embauche : « *Ah oui oui oui complètement, complètement ça c'est inimaginable moi la manière dont j'ai été reçu je n'y croyais presque pas...* » D'autres pairs-aidants sont moins directs mais affirment que le **travail en réseau** est important dans la fonction du pair-aidant et que ce type de travail peut procurer du soutien (PA5, PA8, PA10) comme le dit la pair-aidante 8 : « *Voilà avec ce réseau, je peux dire, sur telle région, je connais tel pair-aidant qui a telle problématique [...]. Il y a des pair-aidants qui ont différents parcours et c'est important de travailler en réseau, aussi dans les structures médicales, des équipes parce que parfois on peut se sentir seul aussi [...]. Et donc le réseau permet des créer de l'intervision et donc dire « j'ai vécu telle situation dans mon travail, c'est un peu compliqué pour moi » ou « je ne sais pas comment trop gérer », ben elle sait se reposer vers d'autres pair-aidants.* ». La notion d'**intervision** fut mise en évidence plusieurs fois au cours des entretiens (PA3, PA4, PA5, PA7, PA8, PA10), pouvoir parler de leurs difficultés et avoir des avis sur leur situations dans l'aide contribue au sentiment de soutien. Enfin, le pair-aidant 10 exprime que concernant le soutien, ce fut difficile, il a fallu qu'il « assainisse » ses relations avec d'autres pairs-aidants. Il explique avoir vécu des **maltraitements** liés à sa fonction de pair-aidant où il ne s'est pas du tout senti soutenu mais, qu'aujourd'hui avec son réseau actuel, il se sent bien et soutenu.

Concernant l'intégration des pairs-aidants dans les équipes de professionnels, sur les trois personnes faisant partie d'une équipe de professionnels, deux d'entre eux se sont sentis entièrement **intégrés** et n'ont pas vu de différence entre leur intégration et l'intégration d'un autre professionnel (PA9, PA10). Le pair-aidant 9 explique porter la même tenue que les infirmiers et que cette tenue lui permet de se sentir encore plus intégré. Il stipule aussi que le secret de cette intégration se cache dans la préparation de l'équipe à l'accueil d'un pair-aidant. L'équipe a suivi une formation avant d'intégrer le pair-aidant et des rencontres entre l'équipe et le pair-aidant 9 ont été faites avant l'engagement de ce dernier. Il explique que : « *l'équipe est vraiment super bien préparée [...] à accueillir un pair-aidant parce qu'ils ont bien compris la plus-value du pair-aidant* ». La pair-aidante 8 a un discours plus mitigé en disant qu'elle a la sensation qu'il faut toujours **prouver aux professionnels** que le pair-aidant n'est pas juste un usager rétabli, mais un métier à part entière.

Pour conclure, les trois besoins psychologiques sont présents chez la majorité des pairs-aidants interviewés.

6.2.4.3. Cohérence

La troisième composante du sens au travail : la cohérence a été interrogée en questionnant le bien-être et la sérénité dans le travail de pair-aidant.

La plupart des pairs-aidants affirment ressentir du **bien-être** et de la **sérénité** dans cette activité. (PA1, PA4, PA5, PA8, PA9). Les pairs-aidants 2, 3 et 10 expriment se sentir bien et sereins même si ça n'a pas toujours été le cas dans leurs activités de pair-aidant, il y a parfois des **situations plus complexes** à gérer que ce soit avec les pairs-aidés ou avec les collègues comme le développe le pair-aidant 10 : *« Aujourd'hui oui. Mais ça n'a pas toujours été le cas clairement comme je vous l'ai dit, [...] il y avait beaucoup de pression pour que je fasse telle ou telle tâche. J'ai pris malgré moi une position meta [...] mais il faut encore que j'arrive à me retrouver là-dedans, mais sincèrement oui ma vie va beaucoup mieux maintenant donc c'est lié à la pair-aidance clairement »*. Ce pair-aidant met donc en avant la possibilité d'une **charge de travail** importante qui influence négativement le bien-être. Ce pair-aidant a insisté durant l'entretien sur l'importance d'avoir des sphères de vie équilibrées et raconte que c'est un apprentissage difficile. Le pair-aidant 7, quant à lui, exprime que son bien-être et sa sérénité augmentent petit à petit. Le pair-aidant 5 ajoute : *« Ca dépend des jours, ça dépend des jours, voilà c'est comme je vous disais, on travaille énormément en miroir et il y a des jours où le doute s'installe et le ... voilà... Sinon je pense que quelque part, ce serait malsain si on ne doutait pas de temps en temps de soi-même ou de ce qu'on fait et après, bon ça repart mais le doute est là en permanence bien-sûr. »*. **Le doute** diminuerait le bien-être et la sérénité. Le travail en miroir, relatif au fait d'aider des personnes ayant une proximité de vécu avec l'aidant, est mis en avant. Nous verrons ultérieurement dans l'analyse des difficultés et facilités du métier de pair-aidant que la proximité des expériences entre le pair-aidé et le pair-aidant est vue comme facilitante pour quatre de nos participants (PA1, PA3, PA4, PA8)

Les pairs-aidants qui confirment ressentir du bien-être et de la sérénité s'expriment comme suit : *« J'ai deux mi-temps qui sont vraiment super chouettes parce que j'ai un mi-temps où j'ai beaucoup de liberté et un mi-temps où j'en ai beaucoup moins et ça me fait un accord ça, c'est vraiment en équilibre parfait, donc ouais, la pair-aidance, ça m'apporte vraiment un bien-être assez important aujourd'hui »* (PA8), elle met donc en avant l'**équilibre** de ses professions grâce en partie à la pair-aidance. Le pair-aidant 9 se

sent bien et en sécurité et ajoute « *Oui oui tout à fait ça absolument ! Et comme je disais ça me maintient dans mon propre rétablissement donc c'est important car ça me permet d'éviter parfois des rechutes puisque je me maintiens dans mon rétablissement mais il est évident aussi que je prends une médication* » (PA9). L'ajout lié à la **médication** est important car le fait d'être stabilisé dans sa problématique permet d'apprécier davantage son activité de pair-aidant. Cette personne met en évidence que, pour elle, son activité pair-aidante aide à éviter la rechute en contribuant donc à son rétablissement.

6.2.5. L'estime de soi avant et après la pair-aidance

L'estime de soi a été questionnée en trois temps : « *Qu'en était-il de votre estime de vous avant la prise du chemin de rétablissement ?* », « *Qu'en est-il de votre estime de vous aujourd'hui ?* » et « *La pair-aidance contribue-t-elle ou non à augmenter l'estime de soi ?* »

Concernant l'estime de soi, avant la prise du chemin de rétablissement, que ce soit des problématiques liées aux assuétudes, aux troubles bipolaires, ou autres, les répondants sont en majorité d'accord pour affirmer que leur estime d'eux même était basse. (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA9) Comme le confirme le pair-aidant 1, ayant eu une problématique liée à la dépendance à l'alcool : « *Je n'étais plus rien ! [...] Je me sentais vraiment rabaisé, j'étais dans mon travail bah ça n'allait plus, j'avais l'impression d'être capable de ne plus rien faire. J'ai baissé les bras, j'ai perdu la motivation. J'étais vraiment tombé bas* ». On peut voir trois éléments ici une **perte de la motivation** et un **sentiment d'incapacité** ainsi que des **problèmes professionnels** qui diminueraient l'estime de soi.

Concernant l'estime de soi après la prise du chemin de rétablissement, certains déclarent qu'elle est très haute (PA2, PA4) comme le déclare le pair-aidant 2 : « *Elle est proportionnellement inverse à ce que j'étais avant ! [...] La vie est belle, ma vie est belle !! Ça, je peux le crier sur les toits !* ». D'autres expriment qu'ils se sentent beaucoup mieux, mais qu'il y a encore un travail à faire sur l'estime de soi (PA1, PA3, PA5, PA7, PA9) comme le confirme le pair-aidant 9 : « *...encore plus maintenant que je fais ce travail de pair-aidant, oui, maintenant, j'ai une bonne image de moi depuis environ une quinzaine d'années. J'ai pris conscience des valeurs que j'avais, du comportement et que je n'étais pas du tout un monstre et que voilà quoi et que maintenant, quand je me regarde dans la glace, je me félicite (rire) moi-même d'avoir pu faire tout ça. D'où ces 30 années de psychothérapie [...], ça m'a aidé à cicatriser mes plaies. Est-ce que ça veut dire*

qu'elles ont disparu ? Non, elles sont toujours là par rapport aux événements extérieurs, elles peuvent toujours se rouvrir. Parce que ça fait partie intégrante de mon histoire que je le veuille ou non, c'est inscrit. » ou encore le pair-aidant 7 : « *Donc voilà et puis l'estime, elle remonte quand même au fur et à mesure, mais il faut du temps. Il faut beaucoup de temps.* ». Le temps, un suivi psychologique et/ou psychiatrique (PA3, PA9) semblent aider dans la restauration de l'estime de soi.

Est-ce que la pair-aidance contribue ou non à augmenter l'estime de soi ? Les réponses varient et sont moins tranchées. Le pair-aidant 1 exprime que la pair-aidance lui donne **confiance en lui**. Le pair-aidant 7 met en avant un **sentiment de reconnaissance** qui aide. La pair-aidante 8 explique qu'elle ignore si la pair-aidance permet ou non d'augmenter son estime de soi, mais que le **sens de son activité** lui apporte de l'estime de soi. Elle émet une nuance en disant que le fait qu'elle soit en couple, qu'elle ait un travail et qu'elle arrive petit à petit à cocher les cases requises par la société, lui confèrent une augmentation du sentiment d'estime de soi et que ce n'est pas uniquement lié à la pair-aidance. Le pair-aidant 10 déclare que la pair-aidance augmente l'estime de soi et ajoute : « *Et l'amour-propre, on restaure aussi de l'ordre du narcissisme primaire mais ce n'est pas grave il en faut. Quand [...] on ne remplit pas le vase de l'égo parce qu'il y en a beaucoup qui pensent augmenter leur estime, l'amour-propre, le narcissisme mais qui sont en fait dans l'égo pur et simple et ça c'est mauvais. [...] encore plus dans la pair-aidance parce qu'alors on gomme toute une série d'aspects [...]. Mais oui clairement moi j'ai restauré beaucoup avec l'aide de la pair-aidance.* ». Il apporte donc une dimension supplémentaire en exprimant que la pair-aidance contribue à augmenter une forme de narcissisme positif mais qu'il est nécessaire de rester vigilant à ne pas tomber dans une dynamique où la pair-aidance est un outil pour combler l'égo et se valoriser à outrance.

6.2.6. Le savoir expérientiel

Les différents types de savoir (pratique, théorique et expérientiel) ont été interrogés.

Tous les pairs-aidants interrogés sur ce thème sont en accord avec le fait qu'ils utilisent majoritairement le **savoir expérientiel** qui provient de leur vécu et de leurs expériences (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7). Le pair-aidant 5 exprime que pour lui, tous les types de savoir sont importants et qu'il les utilise pour aider les pairs-aidés : « *Les trois types de savoir sont importants. L'expérientiel, je dirais par définition parce que sinon c'est difficile d'être pair-aidant. Le savoir théorique, je vous ai dit l'importance que j'accorde*

à la formation [...] Et le savoir pratique il est évidemment très très important, il n'y a rien à faire comme vous dites, « savoir-faire du vélo » etc etc, ce sont des choses sur lesquelles on peut s'appuyer pour un petit peu à la fois remettre le pied à l'étrier. » Le pair-aidant 7 ajoute un savoir celui du **savoir émotionnel** qui est différent du savoir expérientiel : « Oui le savoir émotionnel. Pour être pair-aidant, [...] moi je dis quelqu'un qui est pair-aidant, c'est d'abord quelqu'un qui prend aux tripes. Oui, puis de l'expérience, on sait bien ce qui nous a fait rechuter ou pourquoi on a reconsommé. »

6.2.7. Le self-care

Est-ce que l'activité de pair-aidant est chargée en émotions et quelles sont les stratégies pour prendre soin de soi après une journée difficile ?

La plupart gèrent les émotions négatives en **discutant entre collègues** (PA3, PA7). Cette dimension est revenue de manière répétée dans les discours des aidants et semble avoir un réel impact dans le soutien entre pairs-aidants. Comme nous l'avons vu dans le thème lié au sentiment d'appartenance ci-dessus dans l'analyse, le **travail en réseau** et les **intervisions** entre pairs-aidants semblent presque primordiaux. Le pair-aidant 4 fait un compte rendu écrit lors des entretiens difficiles et exprime que **l'écriture** le soulage. Le pair-aidant 5 explique avoir plusieurs activités telles que la **lecture**, le **dessin**, le **théâtre**, la **gravure**, la **cuisine** et la **musique**. Le pair-aidant 1 et 7 s'accordent pour dire qu'il y a de l'émotion mais qu'une fois le travail quitté, ils n'y pensent plus et ne sentent pas épuisés. « Oui c'est chargé en émotion, bien sûr hein. Et mais comment je fais pour en sortir ? Ecoute ça je ne sais pas, je ne sais pas te dire, je ne sais pas te dire parce que je sors et c'est fini quoi. [...] on sait qu'en fermant la porte ici on a fait ce qu'on pouvait et après c'est la personne qui est devant nous qui peut ou qui veut. » (PA7)

6.2.8. Les difficultés et les facilités

Au niveau des difficultés rencontrées dans le travail de pair-aidant, plusieurs éléments ont été cités : le **déni des pairs-aidés** (PA1), le fait de **sentir une grande proximité émotionnelle avec l'aidé** (PA2), **la rechute** (PA5), **le contre-transfert** (PA5, PA7), **l'ajout de crainte par rapport à soi** comme l'explique la pair-aidante 8 en disant que lorsqu'elle facilite un groupe de parole et voit une personne ayant un trouble bipolaire stabilisé depuis des années faire une rechute, elle développe des craintes vis-à-vis de sa propre stabilisation. Elle exprime que voir des personnes souffrant des mêmes difficultés qu'elle est **confrontant** (PA8). **Voir une personne consommer devant soi** lorsqu'on est

abstinent (PA10), **revoir une ancienne connaissance du milieu de la consommation** mais dans une posture de pair-aidant (PA10) sont aussi des difficultés relevées par les pairs-aidants.

Le fait de savoir **prendre du recul** semble être un facteur protecteur concernant ces difficultés (PA3, PA8, PA9). Un **travail sur les transferts et contre-transferts** semble préconisé (PA5). **Parler entre collègues** semble aider à gérer les difficultés (PA3, PA4, PA7).

Des facilités dans l'aide ont été mises en avant : le fait que **la personne ait un parcours très similaire au pair-aidant** permet à ce dernier de faire une meilleure prise en charge (PA1, PA3, PA4, PA8). Comme l'exprime le pair-aidant 4 : « *Non, c'est le contraire, c'est beaucoup plus facile. Parce que c'est vraiment identique à la mienne, mon expérience personnelle, et ce fait-là, on sait beaucoup mieux expliquer et on est vraiment dans le même schéma, quoi* » ou encore le pair-aidant 8 : « *Dans l'accompagnement, j'ai l'impression [...] que plus la difficulté est similaire, plus on a la possibilité de partager son expérience et espérer des expériences communes. Et je dirais que donc ça facilite le « rapprochement » avec la personne et son accompagnant.* ».

6.2.9. La stigmatisation

Le sentiment de rejet et le vécu des jugements négatifs ont été questionnés en deux temps. « *Est-ce que vous avez ressenti, avant la prise du chemin de rétablissement, un rejet ou un jugement négatif liés à votre problématique ?* » et « *Aujourd'hui, quand vous faites part de votre parcours, ressentez-vous des jugements négatifs ou un rejet ?* »

Avant la prise du chemin de rétablissement, uniquement les personnes dans un contexte de dépendance expliquent avoir ressenti une stigmatisation. Sur les huit personnes qui souffraient d'une problématique d'assuétudes (alcool ou drogues), sept pairs-aidants expriment avoir ressenti **des jugements négatifs** sur leur personne (PA1, PA2, PA3, PA4, PA7, PA9, PA10). Ils disent avoir ressenti **des moqueries** (PA2, PA3, PA7, PA10), du **rejet** (PA2, PA9) et un **sentiment d'être étiqueté** (PA1, PA4, PA10). Le pair-aidant 2 le confirme : « *Mais oui moqueries, injures, rejet de la société* ». La pair-aidante 3 explique que ses proches voyaient dans sa problématique **une « mauvaise volonté »** : « *Oui, tout à fait ! Donc c'est vraiment de la non-volonté de ma part toutes ces remarques. C'est vraiment pour dire « elle est responsable, elle n'a pas de volonté, elle n'a pas de persévérance, elle se noie dans l'alcool et voilà »* » ce que le pair-aidant 7 a ressenti

aussi : « *Mais, dans ce sens-là où on me disait « tu ne vaux rien quand tu bois », « pourquoi est-ce que tu bois, tu n'avances pas dans ta vie ? ».* On peut voir un ajout ici, avec la notion de **dévalorisation** : « Tu ne vaux rien ».

Le pair-aidant 5 n'a pas ressenti de jugements négatifs et l'exprime comme suit : « *Non, j'ai la chance d'avoir cet entourage très bienveillant. Donc malgré le parcours difficile que j'ai eu, je n'ai été rejeté par personne, mes enfants y compris.* »

La pair-aidante 8, dans un contexte de maladie bipolaire, dit ne pas avoir ressenti de jugements négatifs sur sa personne et attribue ce fait à son **entourage soutenant** et **une compréhension de la part d'autrui**.

Nous nous sommes intéressés à ce sentiment maintenant qu'ils sont pairs-aidants et si en partageant leur vécu, ils ont déjà ressenti des jugements négatifs ou du rejet. Les pairs-aidants 4 et 10 expriment en ressentir et le déclarent comme suit : « *Oui parce que ça reste toujours imprimé de toute façon.* » (PA4), « *C'est à dire que je le ressens parfois, je sens en général, on ne me le dit même pas, mais il y a des personnes qui disent « un ex il faut faire attention » tout ça* » (PA10). Le pair-aidant 10 explique, néanmoins, que ce type de jugement **l'aide à persévérer** dans son rétablissement. À l'inverse, les autres pairs-aidants ne ressentent pas ou plus de jugement négatif sur leur personne (PA1, PA2, PA3, PA5, PA7, PA8, PA9, PA10). Certains déclarent qu'ils ont même des **encouragements** et **des félicitations** pour leur parcours dans le rétablissement (PA2, PA9, PA10). D'autres appuient sur le fait qu'ils ont un **entourage soutenant** (PA5, PA9, PA10).

6.2.10. Le modèle de Brickman

Le modèle de Brickman (1982) a été investigué, nous avons posé les deux questions relatives à ce modèle aux personnes ayant eu une problématique liée aux assuétudes, c'est-à-dire : « *Selon vous, la personne est-elle responsable de l'apparition de l'addiction ?* » et « *Selon vous, la personne est-elle actrice dans son rétablissement ?* ». Les pairs-aidants questionnés sont ceux étant liés à une problématique d'assuétudes.

Modèle de Brickman (1982)		La personne est-elle responsable du changement ?	
		Oui	Non
La personne est-elle responsable de l'émergence de l'addiction ?	Oui	Modèle moral (PA5, PA7)	Modèle spirituel
	Non	Modèle psychologique (PA1, PA2, PA3, PA4, PA9, PA10)	Modèle biomédical

Comme on peut le voir ci-dessus, la majorité des pairs-aidants sont dans un modèle psychologique (PA1, PA2, PA3, PA4, PA9, PA10). Les autres se situent dans un modèle moral (PA5, PA7).

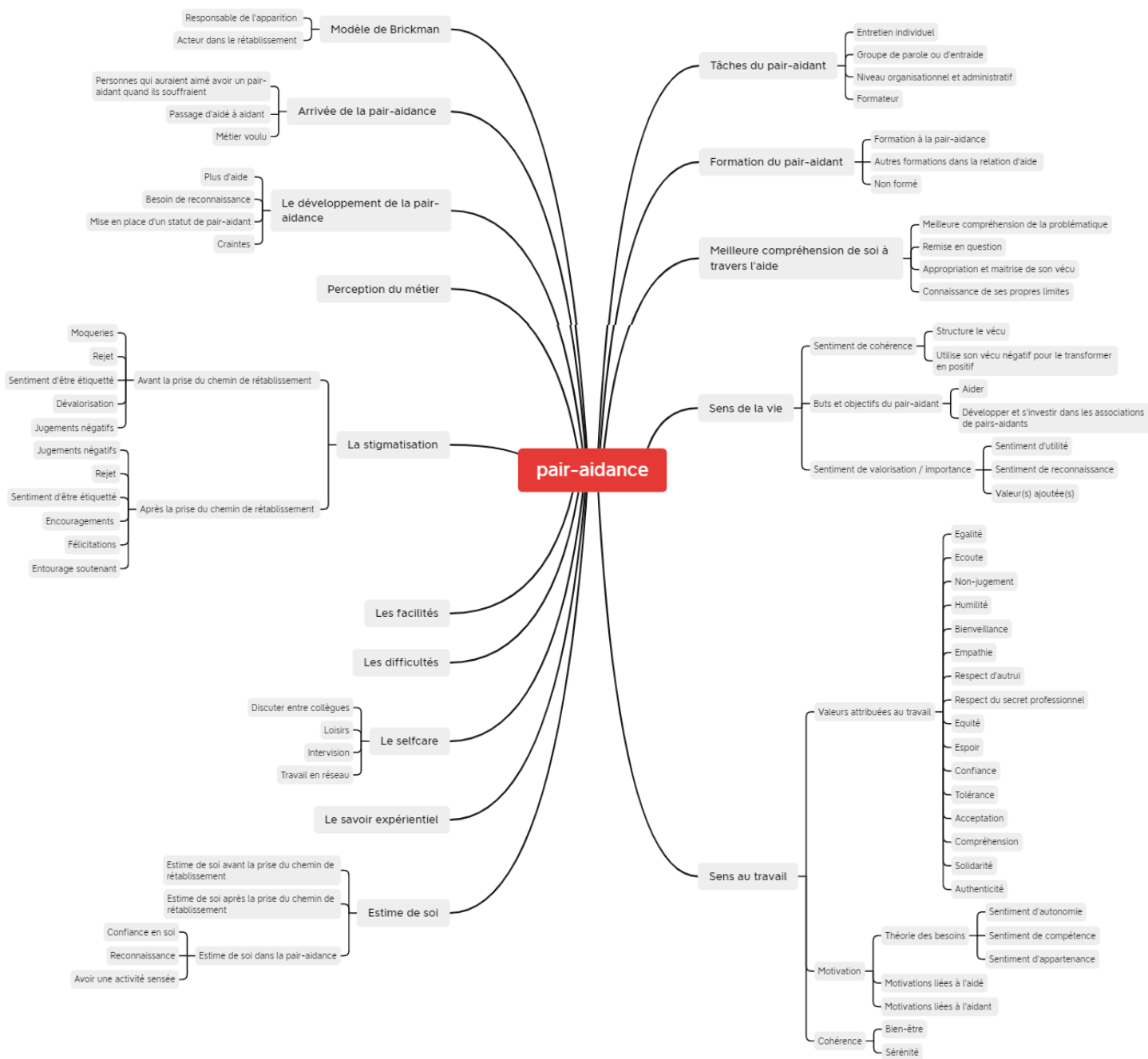
Concernant la responsabilité dans l'apparition de l'addiction, les pairs-aidants 2, 3 et 9 affirment clairement que non, la personne n'est pas responsable, comme l'explique le pair-aidant 9 : *« D'après moi, je dirais non, je dirais non parce que, comme je viens de le dire, bien souvent ce sont des personnes qui ont vécu des traumatismes mais voilà ils n'ont peut-être pas eu des moyens de pouvoir faire un travail sur eux-mêmes, etc. Et c'est là que le pair-aidant peut aider la personne tout en sachant que je ne me mets jamais à la place d'un psychologue, je ne suis pas un soignant. »*. La pair-aidante 3, quant à elle, parle de l'alcoolisme comme une maladie et dit : *« C'est une maladie, donc être responsable d'une maladie... ça je ne crois pas »*. Les pairs-aidants 1, 4 et 10 sont plus mitigés même s'ils penchent davantage vers le « non, je ne suis pas responsable ». Le pair-aidant 1 exprime : *« Parce que oui et non. Oui, parce que c'est elle qui boit et non parce qu'on se laisse vite... vite entraîner dans l'ambiance avec les copains etc. Ce qu'il y a, c'est qu'on ne pense pas qu'on peut le devenir »*, le pair-aidant 4 apporte un ajout : *« il y a une part de responsabilité mais elle n'est pas 100% responsable, il y a d'autres facteurs également. Il n'y a pas que la responsabilité »*. Le pair-aidant 10 nuance en expliquant qu'il n'est pas responsable de l'apparition de l'addiction pour deux raisons : une influence génétique et les traumatismes amenant à la consommation. En revanche, il déclare avoir une part de responsabilité si on considère que c'est l'utilisateur qui fait la démarche d'aller chercher la substance et de la consommer. Les pairs-aidants 5 et 7 s'accordent pour dire que la personne est responsable de l'apparition de l'addiction. Le

pair-aidant 5 considère que ne pas lui attribuer cette responsabilité reviendrait à lui enlever sa « dignité humaine ». Le pair-aidant 7, quant à lui, explique que la personne est responsable de ne pas avoir su s'arrêter à un moment. Il nuance sur le fait qu'une meilleure prévention peut aider à ne pas « tomber dedans ».

Concernant le fait d'être acteur dans son rétablissement, tous les pairs-aidants dans un contexte d'assuétudes s'accordent pour dire que la personne est actrice dans son rétablissement (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA9, PA10). Le pair-aidant 7 exprime : « *Bien sûr, bien sûr, on ne peut pas sauver quelqu'un qui ne veut pas se sauver. La liberté de vivre appartient à chacun et c'est lui qui a ça entre ses mains, bien sûr.* ». Le pair-aidant 9 ajoute la notion d'empowerment : « *... Oui oui il y a ce qu'on appelle l'empowerment où elle doit commencer ... C'est comme je disais : la personne qui sent qu'elle a un problème et qui consulte, etc, et bien, c'est déjà un premier pas.* ». Tous disent que si la personne n'est pas actrice, le rétablissement devient très difficile.

Nous pourrions donc conclure qu'aujourd'hui, les pairs-aidants sont dans un modèle de prise en charge psychologique. Les modèles spirituel et biomédical n'ont pas été envisagés de par la conviction unanime que la personne est actrice dans son rétablissement et dans le changement.

Illustration 2 : Arbre thématique final



Chapitre 7 : Discussions

Après cette analyse transversale, nous pouvons voir une convergence entre nos résultats et la littérature existante sur le sujet. En effet, rappelons-le, nous avons deux suppositions hypothétiques : « La pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail du pair-aidant » ainsi que « La pair-aidance augmente l'estime de soi du pair-aidant ». Nos deux suppositions semblent être en accord avec nos résultats.

7.1. Le sens

<p>Supposition 1 : La pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail du pair-aidant</p>

En effet, en ce qui concerne le sens, nous avons distingué le sens de la vie et le sens au travail. Pour le sens de la vie, nous avons démontré qu'une majorité de nos répondants trouvent leur vie sensée et cinq personnes (PA1, PA5, PA8, PA9, PA10) expriment que la pair-aidance y contribue largement. Nous avons investigué le sens de la vie en utilisant ses composantes : cohérence, but et importance (Medlock, 2016). On peut voir qu'à chaque fois, les répondants confirment que la pair-aidance contribue à apporter de la cohérence, des buts et de l'importance à la vie au travers du sentiment d'utilité et de reconnaissance perçue, ce qui va dans le sens du *helper principle*, qui exprime que le fait d'aider autrui est bénéfique pour celui qui aide. En effet, « recourir à sa propre expérience et endosser un nouveau rôle génère des sentiments d'utilité et de compétences qui ont un effet thérapeutique sur les individus » (Roberts et al., 1999, cités par Charlier, 2018, 16). Pour le sens au travail, nous avons analysé les trois composantes du sens au travail relevées par Morin & Cherré (1999) : la signification donnée, l'orientation et la cohérence. La signification est influencée par les valeurs données à l'activité (*Ibidem*, 1999), les pairs-aidants ont attribué une série de valeurs telles que : l'égalité, l'écoute, le non-jugement, l'humilité, la bienveillance, l'empathie, le respect du secret professionnel, le respect au sens large, l'équité, l'espoir, la confiance, la tolérance, l'acceptation, la compréhension, la solidarité, l'authenticité. On peut voir que ces valeurs rejoignent celles énoncées par l'ASBL En Route (2022) : le respect, l'équité, l'espoir, la confiance, l'acceptation, la compréhension, la tolérance, la solidarité et enfin, l'authenticité. La deuxième composante, « l'orientation », correspond aux motivations. Ces dernières ont été investiguées à l'aide de la théorie des besoins psychologiques (Deci & Ryan, 2017) :

sentiment d'autonomie, de compétence et d'appartenance. Sept pairs-aidants déclarent ressentir les trois besoins (PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA8, PA9, PA10). Ce fonctionnement optimal engendrerait une satisfaction au travail, ce qui va dans le sens des résultats de la recherche sur la pair-aidance de l'équipe du Michigan qui stipulait que le travail de pair-aidant augmente l'estime de soi et la satisfaction au travail (Le Cardinal et al, 2013). Les deux autres pairs-aidants confirment ressentir deux des trois besoins (PA1, PA5). Chez les deux pairs-aidants ne ressentant que deux besoins, c'est le sentiment de compétence qui fait défaut.

Les motivations varient énormément. Nous avons donc relevé deux tendances : les motivations relatives aux aidants et aux aidés. Concernant les motivations liées aux pairs-aidants, nous retrouvons le fait de : partager son expérience (PA3, PA4, PA7, PA10), contribuer à son rétablissement (PA1, PA2, PA9, PA10), favoriser de belles rencontres (PA2, PA10), rendre ce que la personne a reçu (PA2), répondre au « syndrome du sauveur » (PA5, PA7), donner accès à des valeurs humaines (PA10), redonner du sens à la vie (PA9) et obtenir de la reconnaissance (PA7). Le fait de partager son expérience et de contribuer au rétablissement sont des notions que la littérature a mises en avant. Frankl (2009) indiquait que par la logothérapie, et donc la confrontation à la souffrance, il est possible de développer du sens. Gomez et al. (2009) expriment que la confrontation à la souffrance d'autrui et à la sienne contribue au développement du bien-être subjectif.

Les motivations relatives aux aidés sont les suivantes : permettre aux personnes d'arrêter de consommer lorsqu'il s'agit d'assuétudes (PA1, PA3, PA4, PA7), faire sentir à la personne qu'elle n'est pas seule (PA4, PA8), donner de l'espoir à l'aidé (PA4, PA8), la déstigmatisation (PA8). Lutter contre l'isolement de la personne est un effet démontré par Lawton-Smith (2013) et Walker & Bryant (2013) qui stipulent que la compréhension de la part des pairs-aidants permet une diminution du sentiment d'isolement chez les pairs-aidés. La motivation liée à l'espoir se retrouve aussi dans la littérature. En effet, Cloutier et Maugiron (2016, 756) expriment que le but des aidants est de : « redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'elle a vécues ». De plus, l'espoir est une valeur de la pair-aidance, mais aussi un de ces concepts phares car l'espoir est induit par la révélation de soi et le partage du savoir expérientiel (Davidson et al, 2012). Une multitude d'auteurs affirment que les pairs-aidants permettent de donner de l'espoir (Behler et al, 2017 ; Bonnami, 2019 ; Davidson et al., 2006 ;

Dujardin et al., 2017 ; En route ASBL, 2022 ; Lawton-Smith, 2013 ; Walker & Bryant, 2013 ; Worrall et al., 2018). Enfin la déstigmatisation est un effet démontré par Godrie (2016) et Mead et MacNeils (2006) qui expriment que la présence de pairs-aidants : contribue à la mise de côté des diagnostics, promeut une l'adoption d'un langage moins stigmatisant et renforce la croyance dans le rétablissement du patient (Fransolet, 2019). Concernant la troisième composante du sens au travail, « la cohérence » qui se rapporte au « degré d'adhérence, de « connexité » et d'équilibre qu'elle atteint en travaillant, ce qui lui confère un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui pourra l'aider à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions » (Morin & Cherré, 1999, 85). La majorité des pairs-aidants expliquent ressentir du bien-être et de la sérénité (PA1, PA4, PA5, PA8, PA9). Certains mettent en avant qu'il y a parfois des situations plus complexes avec les aidés ou les collègues, que la charge de travail est parfois pesante et que le doute diminue le bien-être. La littérature existante ne parle pas de la charge de travail des pairs-aidants, ni du sentiment de doute. Les éléments pouvant procurer du bien-être sont l'équilibre et la médication.

7.2. L'estime de soi

Supposition 2 : La pair-aidance augmente l'estime de soi du pair-aidant

L'estime de soi avant la prise du chemin de rétablissement était basse chez la majorité de nos répondants tous contextes de soins confondus (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA9). On remarque, néanmoins, que la majorité des pairs-aidants exprimant avoir eu leur estime d'eux-mêmes très basse sont dans un contexte d'assuétudes. Les études montrent un lien entre estime de soi faible et conduite addictive (Carvajal et al, 2000 ; Scheier et al, 1997 ; Hofler, et al., 1999 ; Howard et al, 1999). Les auteurs mettent également en avant que les personnes souffrant de dépendances sont stigmatisées (McQuaid et al, 2017 ; Pearson et al, 2013). En effet, parmi les personnes travaillant dans un contexte d'assuétudes, sept des huit pairs-aidants expriment avoir été stigmatisé avant la prise du chemin de rétablissement. Ils énoncent avoir ressenti des jugements négatifs (PA1, PA2, PA3, PA4, PA7, PA9, PA10), des moqueries (PA2, PA3, PA7, PA10), du rejet (PA2, PA9) et un sentiment d'être étiqueté (PA1, PA4, PA10). Ils expriment avoir mal vécu la croyance que l'addiction se maintient à cause de leur mauvaise volonté (PA3, PA7) et la dévalorisation de la part des proches (PA7). La littérature met en avant que la stigmatisation influence négativement l'estime de soi (Croizet & Martinot, 2003).

Au niveau de l'estime de soi après le chemin de rétablissement, deux pairs-aidants déclarent que leur estime d'eux-mêmes est très haute (PA2, PA4), les autres sont plus mitigés et expliquent que leur estime d'eux-mêmes est bonne mais qu'il y a toujours du travail à faire (PA1, PA3, PA5, PA7, PA9). Les pairs-aidants 3 et 9 expriment que leurs suivi psychologique et psychiatrique sont une pièce maitresse dans la restauration de l'estime de soi. Nous avons aussi investigué les techniques de Self-care. Cette dernière peut se retrouver dans cinq dimensions : le soutien professionnel, développement professionnel, l'équilibre de vie, la conscience cognitive et l'équilibre quotidien (Dorociak et al, 2017). Chez nos répondants, la dimension soutien professionnel a été mise en évidence par l'entraide entre collègues, le soutien du réseau et les interventions. Les autres aspects mis en avant sont des loisirs tels que la lecture, le théâtre, la musique, ...

Est-ce que la pair-aidance augmente l'estime de soi ? Nos répondants ont expliqué que la pair-aidance permet d'avoir : confiance en soi (PA1), un sentiment de reconnaissance (PA7), du sens qui lui augmente l'estime de soi (PA8). Un participant met en avant que la pair-aidance augmente son estime de lui et notamment son amour propre. Aucun pair-aidant n'exprime que la pair-aidance ne contribue pas à augmenter l'estime de soi. Néanmoins, il est important de mettre en avant que l'estime de soi est un concept complexe et que nous ne supposons pas que seule la pair-aidance contribue à sa restauration.

7.3. La pair-aidance : apports et savoirs

Notre analyse transversale met en avant que tous les pairs-aidants expriment une meilleure compréhension d'eux-mêmes au travers de leur activité. (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA7, PA8, PA9, PA10). La pair-aidance semble contribuer à : mieux comprendre la problématique (PA8, PA9), s'extérioriser (PA1), se remettre en question (PA2, PA7), être exemplaire (PA4, PA10), s'appropriier et maîtriser son vécu (PA5, PA10), et enfin, avoir une connaissance de ses limites (PA8). Le fait de s'appropriier et de maîtriser son vécu peut s'apparenter au fait de donner un sens à l'histoire vécue par un processus d'historisation (Anaut, 2005). Pachoud (2012, 260) exprime « cette réappropriation de son existence contribue à la redéfinition d'une identité, à la restauration de la confiance et de l'estime de soi, qui de façon circulaire conditionnent l'engagement dans l'action. » Cette sensation de mieux se connaître permettrait donc de contribuer et d'aller dans le sens de nos suppositions disant que la pair-aidance augmente le sens et l'estime de soi

des pairs-aidants. Au niveau du savoir expérientiel, tous les pairs-aidants sont d'accord pour confirmer qu'ils utilisent majoritairement ce savoir, ce qui rejoint la littérature. Mais plusieurs expriment l'importance aussi du savoir théorique et pratique dans leur travail.

7.4. Eléments nouveaux issus de notre recherche et non documentés dans la partie théorique

7.4.1. Les facilités et difficultés des pairs-aidants

Les facilités et difficultés des pairs-aidants dans leur activité se sont révélées nombreuses. Les difficultés énoncées sont : le déni des pairs-aidés (PA1), le fait de sentir une grande proximité émotionnelle avec l'aidé (PA2), la rechute (PA5), le contre-transfert (PA5, PA7), l'ajout de crainte par rapport à soi (PA8), voir une personne consommer devant soi lorsqu'on est abstinant (PA10), revoir une ancienne connaissance du milieu de la consommation, mais dans une posture de pair-aidant (PA10). La littérature utilisée dans ce mémoire ne fait pas état de ces difficultés. La littérature parle uniquement de difficultés dans l'intégration des pairs-aidants (Gélinas, 2014 ; Le Cardinal et al, 2013). Nos résultats montrent que la prise de recul, un travail sur les transferts et contre-transferts et la communication entre collègues semblent fonctionner chez nos pairs-aidants comme facteur de protection face aux difficultés.

Une facilité a été mise en avant : la proximité expérientielle qui semblerait permettre une meilleure prise en charge. En effet, la proximité expérientielle donne la sensation de mieux se comprendre et inspire confiance, ce qui induit plus d'authenticité (Cloutier & Maugiron, 2016 ; Mead & MacNeil, 2006). La proximité d'expérience est donc vue comme aidante contrairement à la proximité émotionnelle qui est davantage vue comme étant une difficulté. La prise de recul pourrait être le concept qui empêche que lorsqu'un aidé a une proximité d'expérience avec l'aidant, ce dernier ne tombe pas dans une proximité émotionnelle.

7.4.2. Le modèle de Brickman

Concernant le modèle de Brickman, nous pensions en écrivant la théorie relative à ce modèle que les pairs-aidants seraient davantage distribués entre le modèle spirituel et le modèle psychologique. En effet, les Alcooliques Anonymes sont théoriquement classés dans le modèle spirituel ; en revanche les pairs-aidants, bien qu'il n'y ait pas eu de recherche sur cette classification, ont été incorporés dans le modèle psychologique (Maurage, 2022). Une personne parmi les participants fait partie des Alcooliques Anonymes cependant, elle ne s'inscrit pas dans le modèle spirituel au profit du modèle

psychologique. Nous pourrions supposer que : « Les Alcooliques Anonymes malgré leur origine spirituelle ne s'incorpore plus dans un modèle spirituel mais dans un modèle psychologique » ainsi que : « Les pairs-aidants s'incorporent dans un modèle psychologique ». La majorité s'inscrit dans cette catégorie psychologique (PA1, PA2, PA3, PA4, PA9, PA10). Les pairs-aidants 2, 3, 9 affirment de manière tranchée que la personne n'est pas responsable de l'apparition de l'addiction. Les pairs-aidants 1, 4 et 10 penchent vers cette même réponse mais semblent hésiter entre leur position d'ancien usager et leur position de pair-aidant comme si ces deux perspectives créaient un avis différent sur la question. Cette supposition n'est qu'hypothétique mais amène une réflexion nécessaire. Les personnes ayant ou ayant eu des problèmes liés aux addictions ont une perspective différente des autres personnes sur ces deux questions relatives au modèle de Brickman. Nos pairs-aidants ont deux visions de l'addiction : celle d'usager et celle d'aidant. Il serait intéressant d'approfondir cette analyse lors d'une prochaine étude.

7.4.3. La perception du métier

Nous avons pu remarquer que quatre participants ne considèrent pas leurs activités de pair-aidants comme un métier (PA1, PA3, PA4, PA10). Nous pourrions penser que la perception du métier dépend de l'implication relative dans cette activité. En effet, les pairs-aidants 1, 3 et 4 sont pairs-aidants une demi-journée sur la semaine et ce, de manière bénévole. Les pairs-aidants 1 et 3 expriment dans le thème : « formation du pair-aidant » qu'ils ne comptent pas s'impliquer davantage dans la pair-aidance suite à leur activité peu conséquente. Le pair-aidant 4, quant à lui, aimerait s'impliquer plus mais n'a pas encore commencé son bénévolat dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Cet ajout d'activité influencera peut-être la perception qu'a ce pair-aidant du métier. Nous pourrions penser que l'implication et le temps mis à disposition de la pair-aidance influenceraient positivement la considération de la pair-aidance comme métier. Le pair-aidant 1 met, aussi, en avant, le critère « rémunération » qui lui semble primordial dans un métier. Tout comme le pair-aidant 7 qui stipule que sa vie aurait davantage de sens s'il pouvait être rémunéré à l'occasion de cette activité. Un autre facteur est mis en avant : la création d'un statut de pair-aidant (PA5, PA7). Ce dernier permettrait peut-être de percevoir la pair-aidance comme un métier que ce soit du côté des pairs-aidants comme du côté des personnes extérieures à la pair-aidance, ce qui nous amène à penser qu'une reconnaissance statutaire et financière pour l'activité de pair-aidant, influenceraient la considération de la pair-aidance comme métier.

7.5. Les limites

Les limites de cette étude sont la masse d'informations et la position des pairs-aidants répondants, ainsi que le fait que ce mémoire soit, pour nous, une première expérience dans le domaine de la recherche. La masse d'informations est une limite de cette étude car comme mentionné, nous avons eu accès à un éventail de données sur la pair-aidance. En revanche, notre recherche étant exploratoire, nous n'avons pas pu analyser en profondeur l'entièreté des données. Effectivement, chaque thème proposé et analysé pourrait être un sujet de recherche à part entière. Nous avons pu dégrossir ces informations pour donner une idée globale de la pair-aidance. Cependant, la compréhension détaillée de chaque thème nécessiterait de futures recherches. Par exemple : le selfcare du pair-aidant pourrait être un sujet à part entière, tout comme : les motivations des pairs-aidants, l'estime de soi dans l'aidance, l'analyse du modèle de Brickman en comparant les AA et les pairs-aidants, la stigmatisation des pairs-aidants, les difficultés liées à ce passage d'aidé à aidant.

La seconde limite réside dans les réponses des pairs-aidants. Nous avons eu la sensation que les pairs-aidants se plaçaient parfois en défenseur de la pair-aidance. Ce fait peut s'expliquer de par le manque de reconnaissance de ce métier et son développement en cours. De plus, plusieurs professionnels émettent des doutes sur les pairs-aidants et étant une étudiante en master de Psychologie, il se peut que certains aspects négatifs du métier d'aidant ait été passés sous silence par peur de discréditer le métier. Cette limite n'est qu'une hypothèse, mais il nous semble important de la relever.

Enfin, cette recherche fut une première pour nous. Les entretiens semi-directifs n'avaient été menée qu'une fois lors d'un cours en troisième bachelier. Nous nous sommes donc familiarisés avec cette technique de recueil de données sur le terrain pendant la recherche. Les entretiens ont tout de même été menés avec le plus grand sérieux et surtout dans le respect du répondant. Nous gardons à l'esprit que la qualité d'une recherche qualitative réside dans les qualités du chercheur, notamment, durant les entretiens.

7.6. Perspectives

Plusieurs perspectives peuvent être mises en avant. Premièrement, un développement des recherches sur la pair-aidance. Comme mentionné dans le premier chapitre sur la pair-aidance et plus précisément dans le sous-point « développement des recherches en pair-aidance », il existe des recherches sur l'efficacité des pairs-aidants ainsi que sur leurs impacts sur les aidés. Néanmoins, ces recherches présentent des biais et devraient être actualisées. D'un autre côté, les recherches sur les pairs-aidants eux-mêmes, leur vécu, le

bien-être n'ont pas encore été suffisamment mises en lumière. Grâce à notre mémoire, nous espérons avoir pu mettre en évidence plusieurs impacts de la pair-aidance sur les personnes qui s'y adonnent. Il serait intéressant de développer des recherches plus spécifiques et plus précises à partir des résultats découverts ici. Une recherche sur les effets thérapeutiques d'être aidant pourrait être réalisée. En effet, ce qui ressort de nos entretiens semi-directifs est cette hypothèse : « La transmission par le discours du vécu dans le but d'aider contribuerait au rétablissement et diminuerait les rechutes potentielles ». Cette transmission chez le pair-aidant est fréquente car elle repose sur l'utilisation de leurs savoirs expérientiels (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7). Une étude sur cette transmission, la manière de transmettre, quand et pourquoi pourraient être développée. En d'autres mots, analyser le *Helper Principle* dans un contexte de pair-aidance. (Roberts et al., 1999, cités par Charlier, 2018).

Une deuxième hypothèse pourrait être approfondie avec une recherche : « les valeurs altruistes et humaines émanant de la pair-aidance augmenteraient le sentiment de sens au travail qui, à son tour, augmenterait le sens de la vie ». Le sens au travail a-t-il un impact sur le sens de la vie en général ? Les valeurs véhiculées par le travail influencent-elles le sens au travail ? Est-ce que les valeurs humaines ont plus de poids dans le développement d'un mieux-être ? J'estime que ces questions pourraient être envisagées. Une recherche sur le modèle de Brickman peut aussi s'envisager. En effet, le modèle de Brickman place les Alcooliques Anonymes dans le modèle spirituel (Brickman, 1982) et place les pairs-aidants dans un modèle psychologique (Maurage, 2022). Or, aujourd'hui, les Alcooliques Anonymes se sont développés et une personne parmi les interviewés faisant partie des Alcooliques Anonymes se situe dans le modèle psychologique. Il semblerait, qu'actuellement, le fait que la personne soit responsable de son rétablissement soit intégré dans les mouvements pairs de par le concept d'empowerment promu par ces mouvements. Une réactualisation de cette catégorisation pourrait être envisagée.

Un élément non prévu s'est présenté lors de la récolte de données. Nous avons été amenés à interviewer une experte du vécu (la « pair-aidante 6 »). Nous l'avons donc exclue de l'analyse de données portant sur la pair-aidance pour éviter un biais. La littérature sur les experts du vécu n'a pas été investiguée dans ce mémoire. Il semblerait donc qu'une éventuelle recherche sur l'utilisation du savoir expérientiel chez les experts du vécu en comparaison des pairs-aidants pourraient s'avérer intéressante. Vous trouverez en annexe la différence entre les experts du vécu et les pairs-aidants (annexe 9).

Chapitre 8 : Conclusion

Nous sommes partis de la question globale : « Quels sont les impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s’y adonne ? ». Nous avons développé une revue de littérature en orientant nos recherches sur la pair-aidance en général, le sens de la vie et du travail ainsi que l’estime de soi. Cette revue de littérature nous a permis de mettre en évidence deux suppositions hypothétiques : « La pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail du pair-aidant » et « La pair-aidance augmente l’estime de soi du pair-aidant ». Nous retenons quatre éléments.

Premièrement, nos résultats sur le sens convergent avec notre théorie. Il semblerait que la pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail au travers des trois composantes de ces deux sens. Les motivations sont une composante du sens au travail et comme nous l’avons vu, elles sont multiples chez les pairs-aidants participants. Nous retrouvons des éléments connexes à notre littérature scientifique.

Deuxièmement, l’estime de soi fut investiguée et nous avons remarqué qu’avant la prise du chemin de rétablissement, l’estime de soi était basse chez la majorité de nos répondants. Nous avons mis en évidence l’influence possible de la stigmatisation sur ce concept. L’estime de soi après le chemin de rétablissement semble bien meilleure même si des pairs-aidants expriment encore travailler dessus. La pair-aidance semble contribuer de diverses manières à la restauration de l’estime de soi au travers de la confiance en soi, le sentiment de reconnaissance, le sens donné et l’amour propre.

Concernant les apports et savoirs, nous retenons que la pair-aidance permet aux pairs-aidants de mieux se connaître ce qui renforce l’estime de soi (Pachoud, 2012). Cette sensation de mieux se connaître permettrait donc de contribuer et aller dans le sens de nos suppositions indiquant que la pair-aidance augmente le sens et l’estime de soi des pairs-aidants. Enfin, le savoir expérientiel reste primordial dans la pair-aidance, mais certains pairs-aidants expriment l’importance du savoir théorique et pratique.

Enfin, nous avons mis en avant les nouveaux apports tels que les facilités et difficultés des pairs-aidants, le modèle de Brickman en classifiant les modes de prises en charge des AA et des pairs-aidants et enfin, la perception du métier de pair-aidant. En effet, pour certains de nos participants, la pair-aidance n’est pas un métier.

Bibliographie :

- AKerlind, I., Hernquist, J. O., & Bjurulf, P. (1988). Prognosis in Alcoholic Rehabilitation : The Relative Significance of Social, Psychological, and Medical Factors. *International Journal of the Addictions*, 23(11), 1171-1195. <https://doi.org/10.3109/10826088809056193>
- Alcooliques Anonymes. (2017). *Foire aux questions sur les AA*. Alcooliques Anonymes. https://www.aa.org/sites/default/files/literature/assets/fp2_faqAboutAA.pdf
- Allart, M. & Lo Sardo, S. (2020). *La pair-aidance en Fédération Wallonie-Bruxelles – Etat des lieux*. Guide méthodologique. SMES. <https://smes.be/wp-content/uploads/2020/05/pair-aidance-web.pdf>
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- André, C & Lelord, A. (1999). *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Odile Jacob.
- Arnoux-Nicolas, C., Sovet, L., Lhotellier, L., Dupont, M-P., Fertin, F. & Bernaud, J-L. (2019). Evénements vécus et sens de la vie : vers une différenciation des composantes de sens. *Pratiques psychologiques*, 25, 349–36. <https://doi.org/10.1016/J.PRPS.2018.08.004>
- 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/lhdlc.005.0076>
- Association des hôpitaux du Québec. (2004). *Guide pratique pour les équipes de suivi intensif dans la communauté*. Cerrisweb. <https://www.cerrisweb.com/wp-content/uploads/AssociationdeshopitauxduQuebec.pdf>
- Ausili, D., Masotto, M., Dall'Ora, C., Salvini, L. & Di Mauro, S. (2014). A literature review on self-care of chronic illness : definition, assessment and related outcomes. *Professioni Infermieristiche*, 67(3), 180-189. <https://doi.org/10.7429/pi.2014.673180>

- Avramovic, A. (2019). *La perception différenciée qu'ont les participants d'un groupe de parole de leur facilitateur selon le statut de ce dernier – psychologue ou pair-aidant*. [Mémoire de master, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:2230>
- Baccus, J. R., Baldwin, M. W. & Packer, D. J. (2004). Increasing Implicit Self-Esteem Through Classical Conditioning. *American Psychological Society*, 15(7), 498-502. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00708.x
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L., & Hagen, L. (2012). The stress-response dampening hypothesis : How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(4), 477-484. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.012>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Barbaras R. (1998). *Le tournant de l'expérience : recherches sur la philosophie de Merleau-Ponty*. Vrin.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles ? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Beetlestone, E., Loubières, C., & Caria, A. (2012). Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. *Santé Publique*, Vol. 23, 141-153. <https://doi.org/10.3917/spub.110.0141>
- Behler, J., Daniels, A., Scott, J., & Mehl-Madrona, L. (2017). Depression/Bipolar Peer Support Groups : Perceptions of Group Members about Effectiveness and Differences from Other Mental Health Services. *The Qualitative Report*, 22(1), 213-236. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2964>
- Bellot, C. & Rivard, J. (2007). *L'intervention par les pairs : un enjeu multiple de reconnaissance. Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités*. [Présentation]. 2e Congrès international des formateurs en travail social et des professionnels francophones de l'intervention sociale, Namur.

https://aidq.org/wpcontent/uploads/2016/07/lintervention_par_les_pairs_un_enjeu_multiple-de-reconnaissance-1.pdf

- Benamar, R., Buzaku, X., & Legros, J. (2014). *L'empowerment*. Culture Santé. <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>
- Bernaud, J. L. (2018). Les défis du « sens » pour la psychologie du xxie siècle. *Le Journal des psychologues*, 354(2), 12. <https://doi.org/10.3917/jdp.354.0012>
- Bonnami A. (2019). *Le pair-aidant : un nouvel acteur du travail social ?* Esf Legislative.
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227-232. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8903.0227>
- Borkman, T. (1976). Experiential Knowledge : A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456. <https://doi.org/10.1086/643401>
- Branden, N. (1985). *Honoring the self : the psychology of confidence and respect*. Bantam Books.
- Brickman, P., Carulli Rabinowitz V., Karuza, J., Coates, D, Cohn, E. & Kidder, L. (1982). Models of Helping and Coping. *American Psychologist*, 37(4), 368–384. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.4.368>
- Cartron, E., Lefebvre, S. & Jovic, L. (2021). Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 144, 76-86. <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0076>
- Carvajal, S. C., Wiatrek, D. E., Evans, R. I., Knee, C., & Nash, S. G. (2000). Psychosocial determinants of the onset and escalation of smoking : cross-sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples. *Journal of Adolescent Health*, 27(4), 255-265. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(00\)00124-5](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00124-5)
- Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 374(2), 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>
- Chamberlin J. (1988). *On our own*. Mind Publications.

- Charlier, E. (2018). Groupes de parole non thérapeutiques pour proches : expériences vécues des acteurs. *Approches inductives*, 5(2), 11-40. <https://doi.org/10.7202/1054333ar>
- Charlier, E. (2020). Modalités de médiation dans des groupes d'entraide pour personnes vivant avec le trouble bipolaire en Belgique francophone. *Rhizome*, 75-76(1), 47-55. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0047>
- Cloutier, G. & Maugiron, P. (2016). La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française. *L'information psychiatrique*, 92, 755-760. <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1545>
- Cooley, CH. (1922). *Human nature and the social order*. Scribner's sons
- Cooley, C-H. (1956). *The two major works of Charles H. Cooley: Social Organization and Human Nature and the Social Order*. Glencoe, Ill. : Free Press.
- Corrigan, P., Schomerus, G., & Smelson, D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned ? *British Journal of Psychiatry*, 210(3), 180-181. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185421>
- Croizet, J-C. & Martinot, D. (2003). Stigmatisation et estime de soi. In J.-C. Croizet et J.-Ph. Leyens (eds.), *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale*. Armand Colin. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00115897>
- Czekierda, K., Banik, A., Park, C. L., & Luszczynska, A. (2017). Meaning in life and physical health : systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 11(4), 387-418. <https://doi.org/10.1080/17437199.2017.1327325>
- Dallaire, C., & Jovic, L. (2021). Distinguer savoir et connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, 144(1), 7-9. <https://doi.org/10.3917/rsi.144.0007>
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology*, 65, 131-145.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness : A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>

- De Corte, J., Kerstenne, C., Nisen, L. & Roets, G. (2015). *Evaluation de l'apport des experts du vécu en matière de pauvreté au sein des services publics fédéraux*, SPP Intégration sociale. <https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/evaluation-de-lapport-des-experts-du-vecu-en-matiere-de-pauvrete-au>
- De Mol, J. (2020). *LPSYS2143 - Méthodes quantitatives et qualitatives de recherche* [Présentation PowerPoint]. Moodle UCLouvain. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1114>
- De Montpellier d'Annevoie, L. (2018) *Questions de sens & relation thérapeutique : l'intersubjectivité en psychothérapie existentielle*. [Mémoire de master, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain.] <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:1321>
- 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 master, Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain]. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:22857>
- Demailly, L., & Garnoussi, N. (2015). Le savoir-faire des médiateurs de santé pairs en santé mentale, entre expérience, technique et style. *Sciences & ; Actions Sociales*, 1(1), 51-72. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0051>
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & ; Actions Sociales*, 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>
- Dif, S., Martinot, D., Redersdorff, S., Guimond, S. (2002). Ingroup vs. Outgroup Comparisons and Self-Esteem: The role of group status and Ingroup Identification. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(11). 1586-1600. <https://doi.org/10.1177/014616702237585>
- Doré, C. (2017). L'estime de soi : analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 18-26. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0018>
- Dorociak, K. E., Rupert, P. A., Bryant, F. B., & Zahniser, E. (2017). Development of a Self-Care Assessment for Psychologists. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 325-334. <https://doi.org/10.1037/cou0000206>

- Dujardin, F., Jamouille, P., & Sandron, L. (2017). La pair-aidance dans les domaines de la santé mentale et de la précarité en Belgique francophone. Apport, enjeux et formation. *L'Observatoire*, 92, 5-9. <http://hdl.handle.net/2078.1/193280>
- Dumont, M. (2013). Compte rendu de Marie Nenghe Mensah, Claire Thiboutot et Louise Toupin, *Luttés XXX Inspirations du mouvement des travailleuses du sexe.*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2011, 455. *Recherches féministes*, 26(1), 214–218. <https://doi.org/10.7202/1016907ar>
- En route ASBL. (2017). *La pair-aidance au service du rétablissement pour et par les pairs en santé mentale*. En Route. <https://enrouteweb.org/fr/node/26>
- En route ASBL. (2021). *Newsletter : Pair-aidant, expert du vécu, témoin du vécu, pairémulateur, travailleur-pair, conseil par les pairs, et autres... Qui sont-ils ?*. En Route. <https://enrouteweb.org/tag/expert-du-vecu/>
- En route asbl. (2022). *La pair-aidance*. En Route. <https://enrouteweb.org/pair-aidance-2/>
- Fekih-Romdhane, F., Homri, W., Mrabet, A., & Labbane, R. (2016). Facteurs prédictifs du fonctionnement chez les patients bipolaires de type 1 en période de rémission. *Pan African Medical Journal*, 25(66), 2-14. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.25.66.8532>
- Frankl, V. (2009). *Nos Raisons de vivre. À l'école du sens de la vie*. InterEdition/Dunod.
- Gagné, M., Savard, H. (2013). *Expertise professionnelle et savoir expérientiel : une combinaison gagnante*. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. [Présentation PowerPoint]. AQRP. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/10/f21-xve-formation-ppt.pdf>
- Galiano, A. R., & Portalier, S. (2012). Les groupes de parole de parents d'enfants déficients visuels : réflexion sur le dispositif et sur la place du psychologue. *Pratiques Psychologiques*, 18(3), 265-281. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.12.006>
- Garcia-Alandete, J. (2015). Does meaning of life predict psychological well-being?. *The European Journal of Counselling Psychology*, 3, 89–98. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v3i2.27>
- Gardien, E. (2017). *L'accompagnement et le soutien par les pairs*. PUG.

- Gelin, Z., Simon, Y., & Hendrick, S. (2015). Comment donnons-nous sens à notre vécu d'événements significatifs de vie ? Illustration de la méthode IPA appliquée à l'analyse des processus de changement dans le cadre d'une thérapie multifamiliale. *Thérapie Familiale*, 36(1), 133-147. <https://doi.org/10.3917/tf.151.0133>
- Gélinas, D. B. (2014). Pour faire avancer les choses maintenant. *Le Partenaire*, 23(2), 31-35. https://www.researchgate.net/publication/319968080_Gelinas_D_B_2014
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., Reis-Bergan, M., & Russell, D. W. (2000). Self-Esteem, Self-Serving Cognitions, and Health Risk Behavior. *Journal of Personality*, 68(6), 1177-1201. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00131>
- Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. *Presse universitaire du Septentrion*.
- Godrie, B. (2017a). Des pratiques de soin à la croisée des savoirs expérientiels et professionnels. Le cas des pairs-aidants en santé mentale. In S. Carrier, P. Morin, O. Gross & X. De La Tribonnière (Eds.), *L'engagement de la personne dans les soins de santé et services sociaux* (pp. 79-92). Québec : PUQ.
- Godrie, B. (2017b). Professionnalisation des intervenants pairs : de quoi parle-t-on au fait ? *L'observatoire*, 92, 10-14.
- Gomez Gonzales, L. A., Léger, D., Bourdages, L., & Dionne, H. (2013). *Sens et projet de vie*. Presses de l'Université du Québec.
- Gomez, V., Krings, F., Bangerter, A., & Grob, A. (2009). The influence of personality and life events on subjective well-being from a life span perspective. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.014>
- Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon, L., & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem ? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913-922. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913>

- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition : Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102(1), 4-27. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.102.1.4>
- Gross O. (2017). *L'engagement des patients au service du système de santé*. Doin Éditions.
- Grumm, M., Nestler, S. & Von Collani.G. (2009) Changing Explicit and Implicit Attitudes: The Case of Self-Esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45 (2), 327. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00686670>
- Guindon, M. H. (2010). *Self-esteem across the lifespan*. Routledge.
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy : A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63-77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Hofler, M., Lieb, R., Perkonigg, A., Schuster, P., Sonntag, H., & Wittchen, H. U. (1999). Covariates of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents : a prospective examination of vulnerability and risk factors. *Addiction*, 94(11), 1679-1694. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941116796.x>
- Howard, M. O., Walker, R. D., Walker, P. S., Cottler, L. B., & Compton, W. M. (1999). Inhalant use among urban American Indian youth. *Addiction*, 94(1), 83-95. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.941835.x>
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt and company.
- Julio, L. (2018). *La gestion des buts personnels comme stratégie d'intervention auprès d'intervenants psychosociaux se disant affectés négativement par leur profession*. [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14107/Julio_Laia_DPs_2018.pdf?sequence=5
- King, L. A., & Hicks, J. A. (2009). Detecting and constructing meaning in life events. *The Journal of Positive Psychology*, 4(5), 317-330. <https://doi.org/10.1080/17439760902992316>
- Kokkevi, A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M., & Stergar, E. (2007). Psychosocial correlates of substance use in adolescence : A cross-national study

- in six European countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 67-74.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.018>
- Lagueux, N., Charles, N. et Harvey, D. (2008). *Guide de référence à l'usage des ressources embauchant des pairs-aidants*, Programme québécois Pairs aidants Réseau, Québec.
 - Lamia, M., & Krieger, M. (2017). *Le syndrome du sauveur : Se libérer de son besoin d'aider les autres*. Eyrolles.
 - Laporte, D. (1997). *Pour favoriser l'estime de soi des tout-petits : guide pratique à l'intention des parents d'enfants de 0 à 6 ans*. Hôpital Sainte-Justine.
 - Larousse. (s. d.). Expérience. Dans *Dictionnaire en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exp%C3%A9rience/32237>
 - Lavoie, F. (2001). Les groupes de soutien et les groupes d'entraide. Dans F. Dufort & J. Guay (Eds.), *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social* (pp. 157-185). Presses de l'Université Laval.
 - Lawton-Smith, S. (2013). Peer support in mental health : where are we today ? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(3), 152-158.
<https://doi.org/10.1108/jmhtep-03-2013-0009>
 - Le Cardinal, P., Roelandt, J. L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0365>
 - Le Scelleur, H. (2016). L'auto-divulgarion délibérée de la part de l'intervenant : un savoir et un pouvoir. *Le partenaire*, 24(3), 24-25.
https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2016/11/ri_144_le_scelleur_et_garneau.pdf
 - Lecomte, J. (2010). *Introduction à la psychologie positive*. Dunod.
 - Leijssen, M. (2010). Les dimensions personnelles de la recherche de sens. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 11(1), 46-53.
<https://doi.org/10.3917/acp.011.0046>
 - Luhtanen, R. K., & Crocker, J. (2005). Alcohol Use in College Students : Effects of Level of Self-Esteem, Narcissism, and Contingencies of Self-Worth.

Psychology of Addictive Behaviors, 19(1), 99-103. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.19.1.99>

- Manciaux, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Études*, 395, 321-330. <https://doi.org/10.3917/etu.954.0321>
- Marchand, A. (2007). Mental health in Canada : Are there any risky occupations and industries ? *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 272-283. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2007.06.002>
- Martela, F., & Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life : Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Martinot, D. (1995). *Le Soi : les approches psychosociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. Harper and Row.
- Mauraage, P. (2022). Psychologie des assuétudes [Présentation PowerPoint]. Moodle UCLouvain. <https://moodle.uclouvain.be/course/view.php?id=1463>
- McQuaid, R.J., Malik, A. Moussouni, K., Baydack, N., Stargardter, M. & Morrissey, M. (2017). *La vie en rétablissement de la toxicomanie au Canada*, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Life-in-Recovery-from-Addiction-Report-2017-fr.pdf>
- Mead, S., & MacNeil, C. (2006). « Peer Support: What Makes It Unique? », *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37. https://www.researchgate.net/publication/228693717_Peer_Support_What_Makes_It_Unique
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support : A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>
- Medlock, G. (2016). Seeking Consensual Understanding of Personal Meaning : Reflections on the Meaning Summit at First Congress on the Construction of Personal Meaning. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/10720537.2015.1119079>
- Min, S. Y., Whitecraft, J., Rothbard, A. B., & Salzer, M. S. (2007). Peer Support for Persons with Co-Occurring Disorders and Community Tenure : A Survival

- Analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207-213.
<https://doi.org/10.2975/30.3.2007.207.213>
- Minary, J. P., & Perrin, P. (2004). Élaboration d'un cadre de travail pour un groupe de parole avec des « personnes dites exclues ». *Connexions*, 82(2), 83-104.
<https://doi.org/10.3917/cnx.082.0083>
 - Morin, E. M. & Cherre, B. (1999). Les cadres face au sens du travail, *Revue française de gestion*, Vol.126, pp. 83-93.
https://www.researchgate.net/profile/Estelle-Morin/publication/277313845_Les_cadres_face_au_sens_du_travail/links/55676b0a08aec2268300fccb/Les-cadres-face-au-sens-du-travail.pdf
 - Nef, F., Philippot, P., Verhofstadt, L. (2012) L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17(3), 1-35,
<http://hdl.handle.net/2078.1/129174>
 - Noël-Hureaux, E. (2019). De l'expérience singulière médiatisée de la maladie à la construction de savoirs expérientiels. *Recherche en soins infirmiers*, 138(3), 65-74. <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0065>
 - O'Brien, E. J., Bartoletti, M., & Leitzel, J. D. (2006). Self-esteem, psychopathology, and psychotherapy. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers : A sourcebook of current perspectives* (pp. 306– 315). Psychology Press.
 - Organisation mondiale de la santé (OMS). (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, OMS.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42391/WHR_2001_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - Osterrieth, P. (1964). *Faire des adultes*. Dessart.
 - 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/10.3917/inpsy.8804.0257>
 - Paradis, R., & Vitaro, F. (1992). Définition et mesure du concept de soi chez les enfants en difficulté d'adaptation sociale: une recension critique des écrits. *Revue Canadienne de Psycho-Education*, 21(2), 93–114.

- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature : An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Pearson, C., Janz, T. & Ali, J. (2013). *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra>.
- Perrot., C. (2015). *Estime de soi et risque suicidaire*. [Thèse de doctorat, Université Paris Descartes]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01302500>
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood : A scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>
- Provencher, H. (2016). Le savoir expérientiel : un des ingrédients spécifiques du soutien offert par le pair-aidant. *Le partenaire*, 24(3), 24-25.
- Provencher, H. L. (2007). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>
- Psytoyens ASBL. (2015). *Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair - Intégrer un pair-aidant dans une équipe professionnelle*. Psytoyens. <https://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmisde-pair-à-pair-Intégrer-un-pair-aidant-dans-une-équipe.pdf>
- Psytoyens ASBL. (2017). *Pair-Aidance en Flandre*. Psytoyens. <https://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2017/03/Pair-Aidance-12-12-2017.pdf>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Ryle, G. (1946). Knowing How and Knowing that : The Presidential Address. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 46(1), 1-16. <https://doi.org/10.1093/aristotelian/46.1.1>
- Sandron, L. (2018). *La pair-aidance : rencontres/échanges/débats*. [Présentation]. Journée de la pair-aidance, Bruxelles. <http://www.le-forum.org/news/83/7/Réflexions-pour-développer-la-pair-aidance>

- Sandron, L., & Dujardin, F. (2018). L'émergence de la pair-aidance en Belgique francophone. *Pauvreté. Le trimestriel du Forum – Bruxelles contre les inégalités*, 18, 1-28. https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/index.php?lvl=bulletin_display&id=43113
- Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C. Simonet, E. et B. Staes (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. Entre rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité, *Lien social et Politiques*, 67. 183-199. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>
- Scelles, R., Bouteyre, E., Dayan, C., & Picon, I. (2006). Groupes pour les frères et sœurs d'enfant malade ou handicapé : état de la question, *Pratiques Psychologiques*, 12(2), 221-238. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2006.02.003>
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Baker, E. (1997). Risk and protective factors as predictors of adolescent alcohol involvement and transitions in alcohol use : a prospective analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(6), 652-667. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.652>
- Schlossberg, N. (2005). Aider les consultants à faire face aux transitions : le cas particulier des non-événements. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 34(1), 85-101. <https://doi.org/10.4000/osp.345>
- Schnell, T. (2009). The Sources of Meaning and Meaning in Life Questionnaire (SoMe) : Relations to demographics and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 483-499. <https://doi.org/10.1080/17439760903271074>
- Scottish Government. (2009). *Evaluation of the delivering for mental health peer support worker pilot scheme*. Scottish Government Social Research.
- Sebbane, D., Mengin, A., Colliez, A. & Caria, A. (2019). Parler de la stigmatisation en santé mentale : comment et avec quel public?, *French Journal of Psychiatry*, 1(2), <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.280>.
- Seghrouchni, Y. (2018). On les appelle « pairs-aidants » ou « experts du vécu ». Focus sur ces citoyens aux parcours peu communs. *Bruxelles Santé*, 92, 6-13
- Shubert, M., & Borkman, T. (1994). Identifying the experiential knowledge developed within a self-help group. In T. Powell (Ed.), *Understanding the self-help organization* (pp. 227-247). Sage.

- Sizaret, A. (2020). *Dossier documentaire sur la pair-aidance*. Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé. <https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/pair-aidance-dossier-documentaire-ireps-bfc.pdf>
- Solidarités Usagers Psy (2022). *A l'étranger*. Solidarités Usagers Psy. <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/ce-qui-existe-%C3%A0-l-etranger/>
- Solomon, P. (2004). Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>
- Stamm, B. H. (2010). *The concise Professional Quality of Life Manual*. Sidran Press.
- STATISTIQUE CANADA. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005*. Statistique Canada. https://secure.cihi.ca/free_products/NHSRep06_FR.pdf
- Steger, M. F. (2017). Meaning in Life and Wellbeing. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, recovery and mental health*, 7, 75-85. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339275.008>
- Stella (2014). *Créer des trajectoires gagnantes pour l'implication des pairEs en prévention des ITSS : que nous disent les expériences montréalaises ?*, Stella, l'amie de Maimie.
- Thompson, I., Amatea, E., & Thompson, E. (2014). Personal and Contextual Predictors of Mental Health Counselors' Compassion Fatigue and Burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 58-77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>
- Tiercelin, C. (2015). *La connaissance pratique* [Podcast]. Collège de France. <https://www.college-de-france.fr/site/claudine-tiercelin/course-2015-02-25-14h30.htm>
- Truong, C., Gallo, J., Roter, D., & Joo, J. (2019). The role of self-disclosure by peer mentors : Using personal narratives in depression care. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1273-1279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.006>

- UMONS. (2022). *Projet « Pair-aidance : santé mentale et précarités »*. Sciences de la famille. <https://www.sciencesdelafamille.be/projet-pair-aidance-sant%C3%A9-mentale-et-pr%C3%A9carit%C3%A9s-2022/>
- Van Bastelaer, B. (2015). *Livre des experts du vécu en pauvreté et exclusion sociale*. SPP Intégration Sociale. <https://www.mi-is.be/fr/etudes-publications-statistiques/livre-des-experts-de-vecu-en-pauvrete-et-exclusion-sociale>
- Van der Gucht, E., Morriss, R., Lancaster, G., Kinderman, P., & Bentall, R. P. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder : negative cognitive style and reward processing. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 146-151. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047894>
- Van Limbergen, C. (2013). *Etude de la stabilité identitaire et des souvenirs définissant le soi dans le trouble bipolaire. Quels liens avec l'estime de soi ?* [Mémoire de master, Université de Liège], Matheo. <http://hdl.handle.net/2268.2/630>
- Vanden Berghe, K. (2016). *Les souvenirs définissant le soi, la stabilité du Self et l'estime de soi dans la dépression et le trouble bipolaire*. [Mémoire de master, Université de Liège]. Matheo. <http://hdl.handle.net/2268.2/1109>
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services : A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28-34. <https://doi.org/10.1037/h0094744>
- Wallot, Hubert (2017). Un programme de parrainage pour soutenir des pairs souffrant de psychose. *Le Journal de l'AMPQ*, 21 (1), 23-26. https://r-libre.telug.ca/1373/1/Journal_AMPQ_Automne_2017.pdf
- Worrall, H., Schweizer, R., Marks, E., Yuan, L., Lloyd, C., & Ramjan, R. (2018). The effectiveness of support groups : a literature review. *Mental health and social inclusion*, 22(2), 85-93. <https://doi.org/10.1108/MHSI-12-2017-0055>
- Yalom, I. (2008). *Thérapie existentielle*. Galaade Éditions.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in Psychotherapy : Ethical and Clinical Explorations*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11563-000>

Annexes :

Annexe 1 : Recherches des années 2000 sur la pair-aidance

Le Cardinal et ses collaborateurs (2013) présentent une autre recherche menée par une équipe du Michigan (1991) qui a formé et embauché une vingtaine d'usagers. Ils ont ensuite recueilli les témoignages de ces pairs-aidants qui ont montré une augmentation de leur estime d'eux-mêmes et une grande satisfaction dans leur travail. En revanche, les pairs-aidants se sont plaints de ne pas être valorisés, d'être dénigrés par les soignants et d'avoir un salaire inférieur aux autres soignants.

Une recherche menée par Larry Davidson en 2001/2003 et publiée en 2006 dans le programme de Yale a permis de comparer le travail avec des pairs-aidants et le travail sans pairs-aidants. Pour ce faire, Larry Davidson a comparé deux équipes à six mois et à 12 mois. La première équipe était classique et l'autre composée de pairs. « L'échantillon de patients était représenté par 137 personnes souffrant de maladies mentales sévères. Le Barrett Lennard Relationship Inventory (BLRI), une échelle de 64 items, a été utilisée et comparée en double insu dans les deux groupes. » (Le Cardinal et al, 2013, 368). Parmi les 137 personnes, un sous-groupe de personnes considérées comme « ayant une mauvaise alliance thérapeutique » a été constitué. Les résultats après 6 mois montrent une différence significative en faveur des pairs-aidants sur 3 dimensions : regard positif, empathie et acceptation inconditionnelle. Concernant le sous-groupe « ayant une mauvaise alliance thérapeutique, les chercheurs trouvent « deux fois plus de contacts avec l'équipe intégrant des pairs » (Le Cardinal et al, 2013, 368). Les résultats après un an, quant à eux, ne montrent plus aucune différence significative. « Cette étude montre donc que les travailleurs-pairs ont une intervention significativement pertinente dans le « traitement précoce » de la maladie psychique et en particulier chez les personnes repérées comme ayant au départ « une mauvaise alliance thérapeutique » » (Le Cardinal et al, 2013, 368). Cette recherche contient toutefois plusieurs limites : des biais statistiques énoncés par les auteurs, une auto-administration des questionnaires, des horaires différents pour l'équipe pairs et l'équipe des soignants et une proximité différente entre les pairs-aidants et les soignants professionnels avec les patients. (Davidson et al, 2006)

Une étude de Friend Connection Program en Pennsylvanie en 2007 s'est quant à elle intéressée aux taux de réhospitalisations en tentant de voir la différence chez des « usagers à haut risque de réhospitalisation » (Min et al, 2007, cité par Le Cardinal et al, 2013, 368)

entre un groupe suivi par des pairs-aidants et un groupe suivi par des non-pairs-aidants. « L'échantillon est constitué par des patients ayant été tous hospitalisés dans les deux années précédant l'étude et ayant un double diagnostic : un trouble grave de santé mentale (schizophrénie, trouble bipolaire, mixte) et un trouble addictif. » (Le Cardinal et al, 2013, 368). Les deux groupes ont suivi un programme intensif avec des groupes de parole et des entretiens individuels une fois semaine. Les résultats, trois ans plus tard, montrent un « taux de réhospitalisation 15 % inférieur dans le groupe bénéficiant du programme pair-aidant » (Le Cardinal et al, 2013, 369). Une limite de cette étude est le drop out des participants qui ne sont jamais revenus. Une hypothèse concernant les candidats perdus est qu'ils ont été réhospitalisés dans un hôpital privé ne faisant pas partie de l'étude.

Au final, toutes ces recherches de grande ampleur réalisées dans les années 1990 et 2000 présentent des limites et ne permettent pas de s'y fier à 100 %.

Annexe 2 : Informations supplémentaires sur la formation à la pair-aidance

Pour avoir plus d'informations sur la formation donnée par Université de Mons et plus particulièrement par le service des Sciences de la famille, j'ai interrogé une personne ayant suivi la formation. En effet, je me posais diverses questions telles que « Quelles sont les compétences acquises par les pairs-aidants au terme de votre formation ? », « Y a-t-il des évaluations au cours de cette formation ? Si oui comment sont-ils évalués ? », « Y a-t-il des stages dans votre formation ? Si oui, qui forme le pair-aidant sur le lieu de stage ? » et « Avez-vous des critères d'exclusion et d'inclusion ? ». Ce pair-aidant a pu répondre à certaines de mes questions. Premièrement, la formation regroupe 3 activités : des modules de formation participatifs, la formation à la pair-aidance et la participation aux interventions. Il y a des prérequis à la participation à cette formation qui se fait sur base de candidature. D'abord, les candidats doivent avoir « une expérience des souffrances psychiques (ex-usagers en santé mentale, en psychiatrie, personnes issues de structures d'aides et de soins, ...) et/ou sociales (contexte de grandes précarités, d'exil, vécu de rue, addictions et assuétudes...) » (UMons, 2022). Enfin, le candidat doit « Avoir mobilisé des ressources pour faire face à cette souffrance et/ou être en rétablissement depuis 2 ans, au minimum. » (UMons, 2022). L'inscription est gratuite grâce à des subsides. Les participants ont trois grands axes de formation. Le premier est « pair-aidance & identité, missions, compétences et boîte à outils ». Le deuxième est celui de la « pair-aidance et précarisations psychosociales ». Enfin, le troisième module est celui de

la « pair-aidance et recherche » avec notamment leur travail de fin de formation et leur stage. (UMons, 2022).

Le stage a différents objectifs. Premièrement, le pair-aidant va « découvrir le fonctionnement, l'organisation interne et les relations avec l'extérieur d'une structure particulière. » Ensuite « développer et/ou approfondir des connaissances socioprofessionnelles ainsi que des compétences praticopratiqes dans une structure particulière ». Troisièmement, « penser différents aspects de la fonction de pair-aidance, en contexte : confrontation à des situations pratiques ; réflexion et/ou mise en œuvre de dispositifs concrets d'observation, d'action et/ou d'intervention ; l'insertion dans une équipe, etc. Enfin, le stage permettra de « développer une pratique réflexive, des capacités d'analyse critique sur bases d'actions réfléchies. » (UMons, 2022). Le pair-aidant doit faire 30 heures de stage. Il est supervisé par une personne responsable de la formation.

La réussite de la formation est basée sur la présence des participants. Ils doivent être présents pendant 75 % des modules pour obtenir l'attestation. Il n'y a donc pas d'évaluations.

Annexe 3 : Recherche de Charlier (2020) sur les groupes de parole

Charlier en 2020 lance une recherche sur la pair-aidance dans les groupes de parole. Les facilitateurs aident à la répartition de la parole et permettent aux personnes du groupe de se sentir à l'aise. Les pairs-aidants préfèrent cette appellation de facilitateurs et non d'animateurs pour favoriser la non-hiérarchisation entre eux et les autres membres du groupe. L'auteur va donc recueillir le témoignage de ces facilitateurs et au travers de ces entretiens, mettre en avant des figures que peut adopter le pair-aidant en tant que facilitateur. Charlier explique néanmoins que les figures ne sont pas « étanches et peuvent entretenir des liens plus ou moins étroits. Il s'agit d'adopter préférentiellement l'une ou l'autre, en fonction du contexte, des demandes et de la dynamique en place. » (Charlier, 2020, 50). La première figure est l'« identificateur ». Au travers de cette figure, les aidés vont pouvoir s'identifier plus facilement au facilitateur. Les pairs-aidants interviewés expliquent aussi que les aidés peuvent se sentir mieux compris car ils sont aussi « passés par là ». Certaines personnes se sentent plus sécurisées avec un pair-aidant, d'autres ont certaines craintes par le fait qu'aucun professionnel de la santé ne régit le groupe. La deuxième figure que met en avant Charlier au travers de ces entretiens est la figure d'autorité qui renvoie à la mise en place du cadre. Les facilitateurs vont créer un cadre bienveillant et sécurisant pour les participants. Leur rôle concret passe donc par

l'intégration des nouveaux venus, la souplesse, l'adaptation aux ressources et besoins, le rappel des règles liées au respect de la parole de chacun. La troisième figure est celle de la figure parentale en intégrant dans le groupe une figure masculine et une figure féminine qui permet une plus grande identification et induire plus de chance de créer du lien. La quatrième figure est celle du rétablissement, c'est une figure davantage aidante pour le pair-aidant lui-même qui est facilitateur. Selon le « Helper-therapy principle », le fait d'aider autrui est thérapeutique et valorisant pour l'aidant. Une notion présente dans ces entretiens est celle de se sentir utile, ce qui favorise l'estime de soi des aidants. Ce rôle est aussi favorisant pour les aidés car il permet de donner de l'espoir en partageant sa propre expérience (Charlier, 2020). Cette recherche est basée sur des témoignages de pair-aidant. Enfin, la dernière figure est celle d'« appui stable », c'est la capacité de recevoir les émotions et les récits des participants sans s'effondrer. Bien que le groupe puisse avoir des moments plus bas, cela n'empêche pas la continuité des séances. « La stabilité passe également par le cadre : régularité des séances, ponctualité, etc. » (Charlier, 2020, 52-53).

Annexe 4 : Limites de l'approche diagnostique

À l'heure actuelle, on peut facilement concevoir les limites de ce modèle qui est encore présent dans les services de santé mentale et qui prend une place considérable dans la prise en charge et dans la perception que l'on peut avoir de l'usager. Nef, Philippot et Verhofstadt en 2012 relèvent plusieurs limites à l'approche diagnostique. La première est qu'elle repose sur des diagnostics psychiatriques qui ont été fondés sur base de consensus entre auteurs. Or, « l'histoire récente des nomenclatures diagnostiques montre que ces consensus varient rapidement dans le temps et qu'ils sont sensibles aux aspects culturels et politiques des soins de santé. » (Nef et al, 2012, 7). Deuxièmement, certaines personnes présentant des troubles ne rentrent pas dans ces critères diagnostiques et sont donc diagnostiquées comme ayant un « « trouble non spécifié » ou « trouble atypique » » (Nef et al, 2012, 7). La troisième limite est que cette approche « fait l'impasse sur les caractéristiques individuelles des personnes souffrant d'un même trouble » (Nef et al, 2012, 7). « Quatrièmement, le diagnostic psychiatrique se veut athéorique. Il n'explique pas les mécanismes ou processus psychologiques (ou autres) en œuvre dans l'apparition et la perpétuation des troubles décrits » (Nef et al, 2012, 7). Enfin, elle n'incorpore pas la notion de comorbidité qui est souvent présente chez les personnes ayant une psychopathologie (Nef et al, 2012).

Annexe 5 : Analyse transversale de l'arrivée de la pair-aidance

Durant nos dix entretiens, nous avons interrogé les pairs-aidants sur les raisons les ayant menés à se tourner vers le métier de la pair-aidance.

Nous avons trois tendances mises en avant dans l'implication de la personne dans la pair-aidance. Notre première tendance, avec trois des participants, exprime qu'ils sont devenus pairs-aidants car ils auraient aimé avoir un pair-aidant à leurs côtés lors de leurs difficultés en tant qu'usagers (PA1, PA3, PA8). Comme l'exprime la pair-aidante 8 : *« Tous ces moments-là, je peux les identifier comme des moments de souffrance où je me sentais seule alors je me dis qu'un pair-aidant, ça aurait pu être bien dans ce cas-là, vraiment une personne avec une situation similaire me dire que ça allait aller. En fait j'aurais aimé me rencontrer moi à 17 ans. »* ou encore la pair-aidante 3 : *« Et disons que c'est mon expérience, je me dis que toute personne ne doit pas arriver jusque-là, ce qui m'a poussée un petit peu à devenir pair-aidante. »*.

La deuxième tendance regroupe les personnes ayant découvert la pair-aidance au hasard en étant aidées par des pairs. Quatre participants sont dans ce cas de figure, certains ont participé à des groupes de parole dans des associations de pairs et sont passés de l'autre côté de la barrière en devenant pairs-aidants (PA2, PA4, PA9). D'autres ont connu un pair-aidant et ont décidé de le devenir (PA5). La troisième tendance est celle des deux participants restants qui ont exprimé avoir cherché un métier qui pourrait leur convenir et sont tombés sur la pair-aidance, soit en effectuant des recherches, soit en entendant parler de la pair-aidance (PA7, PA10).

Annexe 6 : Analyse transversale des tâches du pair-aidant

Comme dit précédemment dans notre premier chapitre, un pair-aidant peut endosser une multitude de fonctions. Nous avons donc, au travers de nos entretiens, essayé de cerner les tâches du pair-aidant.

On peut voir apparaître plusieurs manières de travailler soit en individuel (PA1, PA3, PA4, PA5, PA7, PA9, PA10), soit dans les groupes de parole ou les groupes thérapeutiques (PA2, PA3, PA4, PA7, PA8, PA9), soit au niveau de l'organisation dans des postes plus administratifs (PA2, PA10), ou encore dans le domaine de la formation (PA8, PA9, PA10). La plupart des pairs-aidants interviewés travaillent de diverses manières.

Parmi les personnes travaillant dans l'aide individuelle, les pairs-aidants mettent en avant le fait de **conseiller** (PA1, PA3, PA4), **rassurer** (PA1, PA3, PA5), **comprendre** (PA1, PA5), **écouter** (PA3, PA4, PA7), **partager son expérience** (PA3, PA4, PA5, PA7, PA9, PA10) et **informer** (PA5, PA9, PA10). La pair-aidante 3 résume ces idées : *« Je trouve qu'il faut d'abord écouter la personne, la rassurer, qu'elle n'est pas seule dans le cas et que je veux dire si nous [...] sommes là c'est parce que ça a réussi. [...] Donc il faut bien les écouter pour pouvoir les aiguiller. »*.

Parmi les pairs-aidants qui travaillent dans les groupes de parole, les tâches d'**écoute** (PA3, PA4, PA7) d'**échange** (PA2, PA3) ont été mises en avant. Ils permettent aussi de **donner de l'espoir** (PA8), d'effectuer des exercices qui aident à **reprendre confiance en soi** et d'**apprendre à s'exprimer** sur une problématique. Les pairs-aidants interviewés s'occupent de groupes de parole et un pair-aidant a fondé un groupe d'improvisation, de théâtre thérapeutique : *« J'ai créé une troupe d'improvisation [...] Parce que l'improvisation est basée sur des exercices et donc qu'est-ce que ça permet à la personne ? C'est de prendre plus confiance en eux, à pouvoir s'exprimer devant les autres, ça leur permet de faire plus facilement confiance, ça permet de créer et de souder et former une équipe. »* (PA9).

Au niveau organisationnel et administratif, ils peuvent **donner un coup de main** lors d'événements dans les associations comme le pair-aidant 2 ou comme le fait le pair-aidant 10, agir dans la mise en place d'intervision entre pairs-aidants actifs.

Concernant les tâches liées à la formation, plusieurs pairs-aidants **rencontrent les équipes de soins** de différentes institutions et **forment ces équipes** en prévision de l'intégration de pair-aidant dans le service (PA8, PA10). Comme l'exprime la pair-aidante 8 : *« je travaille sur l'insertion de pair-aidant dans des équipes, de plus en plus d'équipes médicales sont intéressées d'engager des pairs-aidants et l'objectif ce n'est pas de les laisser faire la démarche d'embauche toute seule, sachant que l'équipe se pose pas mal de questions avant d'engager un pair-aidant, son profil de fonction, savoir si l'équipe est prête, quelles sont les craintes que l'équipe a vis-à-vis du pair-aidant [...] »* D'autres font des **conférences**, des **rencontres** pour parler de la pair-aidance dans les écoles (PA8, PA9, P10). Le pair-aidant 9 explique qu'il fait énormément de communication et se rend dans des Hautes-Écoles pour parler de la pair-aidance et de ce que fait un pair-aidant dans une institution.

Annexe 7 : Analyse transversale de la formation du pair-aidant

Nous avons investigué les éventuelles formations faites par les pairs-aidants. Plusieurs pairs-aidants ont participé à la formation à la pair-aidance (PA8, PA9, PA10). La pair-aidante 8 en parle : « *Là aussi, j'ai appris plein de choses par rapport à moi-même. Ça a été confrontant.* ». Le pair-aidant 9 exprime avoir fait la formation à la pair-aidance pour avoir une **méthodologie plus précise**. Le pair-aidant 10 : « *Alors moi, ça a été une vraie révélation à plein de titres. Ça a été extrêmement confrontant, ça m'a permis de susciter quasi systématiquement la remise en question de tout ce que je pouvais penser de prime abord. Ça, c'est à tous les niveaux, le prisme à travers lequel je regardais qui était, moi au début, d'abstinence de tout produit modifiant le comportement qui était pour moi nécessaire et même nécessaire à tout le monde, j'avais l'impression. Aujourd'hui, je suis sorti de ça et chacun son rétablissement, chacun sa voie, chacun sa temporalité, chacun sa façon d'aller vite ou moins vite. [...] Apprendre à connaître où on est vulnérable nous permet de ne plus rentrer là-dedans tout simplement et donc, forcément, on devient plus fort. [...] Je suis aussi comme d'autres à dire qu'on n'a pas besoin d'une formation à la pair-aidance pour être pair-aidant. Mais ça amène beaucoup de choses supplémentaires et beaucoup plus rapidement et notamment créer du réseau.* »

Les autres pairs-aidants ont été formés via diverses formations dans un contexte de relation d'aide que ce soit dans l'écoute active, l'alcoologie ou encore la psychologie (PA4, PA5, PA7). Le pair-aidant 2 a été formé par un autre pair qui l'a pris sous son aile : « *Non, il n'y a pas de formation justement parce qu'il y a *membre de l'association** ». Le reste des participants n'ont pas été formés avant ou pendant leurs activités de pair-aidant soit parce qu'ils n'en ressentaient pas l'utilité (PA1) ou parce que leurs activités dans la pair-aidance ne sont pas suffisamment conséquentes pour s'impliquer davantage (PA1, PA3).

Annexe 8 : Analyse transversale du développement de la pair-aidance

Les idées de développement de la pair-aidance en Belgique sont diverses. Plusieurs souhaits ont été mis en évidence : **l'envie d'un développement de la pair-aidance** (PA1, PA7), **une aide supplémentaire pour les personnes souffrant d'alcoolisme** (PA1), **un besoin de reconnaissance** (PA4, PA7), **la mise en place d'un statut de pair-aidant** (PA7). Les pairs-aidants 5 et 7 partagent les mêmes craintes quant à **la professionnalisation des pairs-aidants à outrance** en obligeant les pairs-aidants de passer par une formation à la pair-aidance pour pouvoir obtenir le statut. Ce dernier n'est

pas encore créé mais il semblerait que les pairs-aidants aient été entendus, d'un point de vue politique, pour la création de ce statut en juillet 2021. En revanche, aucune autre information n'a été partagée. La pair-aidante 8 exprime que, selon elle, la pair-aidance se met en place tranquillement et qu'elle ne doit pas aller trop vite.

Annexe 9 : Analyse des experts du vécu, sont-ils des pairs-aidants ?

L'intégration de ce sous-point semble importante pour une bonne compréhension et distinction entre les personnes utilisant le savoir expérientiel dans l'aide. En effet, au cours de cette recherche, nous avons été amenés à rencontrer des pairs-aidants, des experts du vécu ainsi que des parrains/ marraines. Or comme mentionné ci-dessus, le parrainage se différencie selon certains critères de la pair-aidance. Il me semble approprié de définir et de distinguer les experts du vécu de la pair-aidance.

La pair-aidance fut définie plus tôt dans ce mémoire, elle rassemble des personnes qui font valoir leur savoir expérientiel dans le but d'aider autrui. Les experts du vécu, quant à eux, se définissent comme :

Une personne qui a vécu la pauvreté et qui a assimilé et élargi ses propres expériences afin d'être capable d'utiliser cette expérience de la pauvreté de façon compétente dans un objectif de lutte contre celle-ci. L'objectif principal de l'**expert du vécu** est de créer un chaînon manquant entre les personnes en situation de pauvreté et les services publics fédéraux. (De Corte, 2015, p.8)

Le travail d'un expert du vécu se situe davantage au niveau administratif en prenant une perspective différente. L'ASBL En Route a analysé la différence entre la pair-aidance et l'expert du vécu ; elle exprime que, malgré des racines communes, ces deux fonctions sont très différentes. « L'expert du vécu, se retrouve plutôt au sein des administrations pour relever les obstacles de processus qui augmentent l'exclusion ou la difficulté d'accès aux droits. Ces difficultés ne sont pas nécessairement perçues par les services publics. » (En Route ASBL, 2021) Les pairs-aidants, quant à eux, sont plus axés sur la personne et ses problématiques.

La similitude de ces métiers se situent dans l'utilisation de leur vécu et leurs expériences. Néanmoins, ce point en commun ne font pas des experts du vécu des pairs-aidants et inversement. De plus, les experts du vécu ont un statut d'expert du vécu depuis 2004 dans les institutions. (Van Bastelaer, 2015) Tandis que les pairs-aidants, eux, n'ont pas de statut lié à leur fonction.

Nous étudions dans ce mémoire l'impact de la pair-aidance chez les personnes qui s'y adonnent en abordant des concepts liés à l'estime de soi et le sens. La littérature fait le tour de la pair-aidance en s'intéressant à l'émergence de celle-ci, les savoirs expérientiels, les valeurs, les concepts, les fonctions et la formation des pairs-aidants. Le sens de la vie, le sens au travail et l'estime de soi dans le soin aux autres sont intégrés dans notre littérature.

Nous avons analysé notre question de recherche : « Quels sont les impacts psychologiques de la pair-aidance sur la personne qui s'y adonne ? ». Pour cela, nous avons interviewé divers pairs-aidants de différents milieux au travers d'entretiens semi-directifs. Nous avons analysé nos données grâce à l'analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2016).

Nos résultats mettent en avant quatre points. Premièrement, il semblerait que la pair-aidance augmente le sens de la vie et le sens au travail au travers des trois composantes de ces deux sens. Les motivations sont une composante du sens au travail, elles sont multiples chez les pairs-aidants participants. Deuxièmement, la pair-aidance semble contribuer de diverses manières à la restauration de l'estime de soi au travers de la confiance en soi, le sentiment de reconnaissance, le sens donné et l'amour propre. Troisièmement, concernant les apports et savoirs, nous retenons que la pair-aidance permet aux pairs-aidants de mieux se connaître ce qui renforce l'estime de soi (Pachoud, 2012). Enfin, nous avons mis en avant les nouveaux apports tels que les facilités et difficultés des pairs-aidants, le modèle de Brickman en classifiant les modes de prises en charge des Alcooliques Anonymes et des pairs-aidants et enfin, la perception du métier de pair-aidant.