

# La pair-aidance et sa place dans l'accompagnement de personnes présentant une assuétude

*Peer support and its place in supporting people with addiction*

CÉPHALE S.<sup>1</sup> et WILLEMS M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Plateforme bruxelloise pour la Santé mentale, En Route ASBL

<sup>2</sup>Alcoologue, pair-aidant

## RÉSUMÉ

La pair-aidance en tant que pratique relativement jeune est encore mal connue ou mal comprise. Le but du présent article est de tenter de cerner en quoi elle peut trouver une place dans l'accompagnement de personnes présentant une assuétude. Cette pratique basée à la fois sur un savoir expérientiel et une formation continue se distingue d'autres approches aussi bien initiées par les groupes d'entraide que par les professionnels du secteur. Elle se veut un complément et un acteur dans la proposition d'aide aux personnes en difficultés. Le secteur des assuétudes, de même que ceux touchant à toutes les formes de fragilité humaine, est au centre de l'action des pair-aidants.

Rev Med Brux 2023; 44 : 395-400

Mots- clés : pair-aidance, rétablissement, réhabilitation, complémentarité

## ABSTRACT

As a relatively young practice, peer support is still not well known or understood. The purpose of this article is to try to identify how it can find a place in the support of people with addiction. This practice, based on both experiential knowledge and continuous training, differs from other approaches initiated by both self-help groups and professionals in the sector. It is intended to be a complement and a player in the proposal of help to people in difficulty. The field of addiction, as well as those related to all forms of human fragility, is at the center of the action of peer helpers.

Rev Med Brux 2023; 44: 395-400

Key words: peer-help, recovery, rehabilitation, complementarity

## INTRODUCTION

Le but de la présente contribution est d'essayer d'apporter quelque lumière sur une pratique encore émergente, la pair-aidance, et son intérêt dans l'accompagnement des personnes présentant une assuétude. Au travers d'une mise en perspective historique, de la présentation de deux mouvements apparentés mais aussi d'une définition aussi précise que possible, nous tenterons de cerner en quoi la pair-aidance peut être un adjuvant dans cet accompagnement. Nous ne prétendons pas être détenteurs d'une quelconque panacée, ni remettre en cause drastiquement le système de soins. Notre seul but est de proposer une approche à la fois différente et complémentaire qui, nous en sommes persuadés, peut et a déjà donné des résultats encourageants. Cette approche n'est pas exempte de questions. Elle est toujours en construction et encore méconnue. La place nous manque ici pour en faire un tour exhaustif, aussi renvoyons nous la personne curieuse d'approfondir le sujet aux annexes du présent texte.

Pour plus d'informations sur le sujet, vous pouvez consulter l'ouvrage « Pair-aidance en santé mentale »<sup>1</sup>.

## PAIR-AIDANCE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE ASSUÉTUDE

### Historique pair-aidance en santé mentale

Si l'entraide entre patients, basée sur l'expérience cumulée tout au long du parcours de vie, a toujours existé, les débuts de la pair-aidance sont traditionnellement situés en Europe au XVIII<sup>e</sup> siècle à Paris. On trouve les origines de la pair-aidance au grand Hôpital Bicêtre où Jean-Baptiste Pussin (patient) ayant pris des fonctions de surveillant dans le service des aliénés va, en alliance avec Philippe Pinel (aliéniste - terme de l'époque pour désigner un psychiatre), libérer les « fous » de leurs chaînes. Dans les années 1970-80, le concept de rétablissement fait son apparition outre-Atlantique dans des mouvements, avec notamment Judi Chamberlin (militante américaine du mouvement des survivants de la psychiatrie) où l'on commence à exiger des soins de meilleure qualité où l'espoir est permis et où les diagnostics ne sonnent plus comme des condamnations. C'est alors que les premières expériences avec des travailleurs pair-aidants sont menées dans les équipes de soins. En

1990, Patricia Deegan (psychologue, chercheuse et ancienne usagère en santé mentale) parle pour la première fois de savoir expérientiel<sup>2</sup>.

En Belgique, une forme de pair-aidance existe depuis longtemps au sein des groupes de parole des Alcooliques anonymes (AA). Elle œuvre également en matière de pauvreté depuis plus de 20 ans avec la *Vereniging Zonder Winstoogmerk* (VZW De Link) par exemple (Bruxelles). Le concept de rétablissement apparaît début 2000.

En ce qui concerne la santé mentale, la pair-aidance débute à Bruxelles avec un projet pilote en 2011 dans une équipe mobile de soins bruxelloise liée au Réseau 107 de la Réforme de la Psychiatrie. On peut dire que la pair-aidance a réellement posé ses premières pierres en Flandre et en Wallonie vers 2013-2014 à Bierbeek au *Psychiatric center Sint-Kamillus* (où un travail de fonds est déjà mené depuis 2010 pour préparer les équipes) et à Namur à l'Initiative d'Habitation Protégée (IHP) « l'Espoir » qui comptera le premier poste de pair-aidant rémunéré sur la Wallonie.

En 2014, l'ASBL En Route se crée afin de fédérer les pair-aidants à Bruxelles et en Wallonie et de développer la pair-aidance. En parallèle à Bruxelles, c'est la Clinique Sans Souci qui pose les premiers jalons de la pair-aidance institutionnelle après avoir réalisé un travail de préparation des équipes. Sans Souci va très vite rémunérer un poste pair-aidant. En 2015-2016, les différentes formations se mettent en place un peu partout en Belgique (VIVES à Courtrai, Thomas More à Anvers, UCCL à Louvain, UMONS). Ces formations vont essayer largement la pair-aidance volontaire avec les stages et les bénévoles.

## Présentation de deux mouvements : Alcooliques anonymes (AA) et Vie Libre

Nous avons trouvé intéressant de vous présenter les deux mouvements, les Alcooliques anonymes (AA) et Vie Libre, qui constituent les groupes d'entraide les plus connus sur la question du combat contre l'alcoolisme et l'origine de la pair-aidance. Nous évoquerons aussi succinctement leur philosophie, leur champ d'action et nous les situerons historiquement.

La prière des AA offre une bonne synthèse de leur démarche : « Mon Dieu, donnez-moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence » (d'après Marc-Aurèle).

Historiquement, la naissance des AA remonte à 1935, à Akron en Ohio (Etats-Unis) et résulte de la rencontre de Bill W., un agent de change de New York, avec le Dr Bob S., un chirurgien d'Akron. Tous les deux ont un passé d'alcooliques et tous deux sont considérés comme irrécupérables. Alors que le nom des Alcooliques anonymes n'est pas encore trouvé, ils forment déjà le noyau du premier groupe des AA. Rapidement, d'autres groupes voient le jour aux Etats-Unis. Au début de l'année 1939, le Mouvement publie son manuel de base : « Les Alcooliques anonymes ». Le texte, écrit par Bill, expose la philosophie et les méthodes des AA, résumées en douze étapes bien connues<sup>3</sup> (annexe 1). À partir de 1950, le mouvement des AA connaît un développement rapide par la formation de groupes autonomes. C'est l'écrivain français, Joseph Kessel, qui contribue à les faire connaître en France et en Europe. Depuis les années 70, le mouvement a pris une dimension mondiale. Plus de 200 groupes d'expression française et plus de 300 groupes néerlandophones se réunissent régulièrement en Belgique avec des groupes dans d'autres langues (anglais, polonais)<sup>4</sup>.

### Annexe 1

#### *Alcooliques anonymes - Le texte complet des douze étapes.*

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool – que nous avons perdu la maîtrise de notre vie ;
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison ;
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions ;
4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes ;
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts ;
6. Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts ;
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts ;
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles ;
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres ;
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus ;
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter ;
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Le mouvement Vie Libre est une association non confessionnelle et apolitique qui regroupe des buveurs guéris, des abstinentes volontaires, leurs familles, leurs proches et d'autres sympathisants afin d'accompagner les alcooliques qui souhaitent mettre un terme à leur maladie. Tout comme chez les AA, l'alcoolisme est considéré comme une maladie. L'abstinence est une finalité en soi. Le mouvement Vie Libre est originaire de France et existe aussi en Belgique comme entité entièrement autonome du mouvement français. A la différence des AA, on parle de « guérison ». A la différence des AA également, le mouvement Vie Libre n'a pas de référence à Dieu et se distingue par le rejet de l'anonymat. Le mouvement attribue l'asservissement et la maladie des buveurs à la société. En plus des groupes de parole, le mouvement organise des séances d'information et des actions de prévention ciblées sur les jeunes, les femmes, les travailleurs et les personnes incarcérées. Vie Libre dispense aussi des formations en communication avec les malades, anime des réunions, monte et conduit des projets et actions en milieux professionnels.

Historiquement, le mouvement Vie Libre naît en 1953 de la fusion de l'Entraide fondée en 1937 par Germaine Campion, victime de l'alcoolisme et de la prostitution, et l'abbé André-Marie Talvas, et de l'Amicale du 147 qui regroupait depuis 1950 les malades du Docteur Vladimir Aïtoff. Dès 1954, une charte du mouvement est publiée. En 1991, le mouvement connaît une ouverture sur l'Europe. L'ASBL Vie Libre Belgique est fondée en 1965, à la suite de contacts entre les AA de la Province de Luxembourg en Belgique et des membres de Vie Libre des Ardennes françaises. C'est Prospère Hamer qui organise le mouvement en Belgique. Aujourd'hui, Vie Libre Belgique compte cinq sections et une trentaine d'équipes de base réparties dans la partie francophone du pays<sup>5</sup>.

### Définitions de la pair-aidance et présentation d'En Route

Si l'on s'en réfère aux définitions données par la partie néerlandophone du pays : pour pouvoir s'engager pour autrui en tant qu'expert du vécu, il faut plus qu'une expérience personnelle. Les néerlandophones parlent des 3 stades qui mènent à l'expertise du vécu.

- L'Expérience (*Ervaringskennis*) : la personne découvre le sens unique de l'expérience propre avec la vulnérabilité individuelle et prend pour la première fois conscience des limites et possibilités de rétablissement personnelles, c'est la connaissance du SOI ;
- Le Savoir expérientiel (*Ervaringsdeskundigheid*) : grâce au partage d'expériences et à la consultation d'autres sources, la « connaissance du NOUS » se développe et des visions plus communes qu'individuelles apparaissent ;
- Expertise du vécu (*Ervaringswerk*) : la connaissance issue de l'expérience est approfondie, par exemple au moyen de formations, afin de mieux percevoir ses propres qualités et aptitudes, mais aussi d'acquérir les compétences nécessaires

pour mettre à profit son expérience de manière experte. L'expert du vécu dépasse sa propre expérience de rétablissement<sup>6</sup>.

Là où les néerlandophones parlent d'experts du vécu, les francophones vont également ajouter le terme « pair-aidant » – chaque terme recouvrant une pratique différente. A savoir, l'expert de vécu, ayant reçu une formation adéquate, sera à même de témoigner de son vécu, de partager son expérience de vie avec discernement, de coanimer des sessions de groupes thérapeutiques, ... tandis que le pair-aidant pourra, quant à lui, s'engager dans des accompagnements individuels de pairs en difficulté en institution ou hors institution.

Si l'on prend les définitions de l'ASBL En Route qui fédère pair-aidants à Bruxelles et en Wallonie, la pair-aidance c'est le partage d'expériences entre pairs. Chez En Route, il s'agit du partage d'expériences entre pairs qui ont un vécu de grandes souffrances dans les domaines de la santé mentale, des addictions et de la précarité. La pair-aidance s'appuie sur la conviction que chacun peut s'en sortir, à son propre rythme, et que se rétablir est possible pour tous. Le concept du Rétablissement est donc à la base du travail d'un pair-aidant. « *Se rétablir, c'est reconquérir ce qui nous appartient déjà : la vie* ». Le rétablissement est un processus personnel qui permet d'acquérir de nouvelles compétences et valeurs. C'est (re)découvrir le moyen de vivre une vie épanouissante et pleine de sens à mesure que l'on surmonte les souffrances vécues<sup>7</sup>.

Le soutien par les pairs repose sur les valeurs suivantes (valeurs définies par la charte de l'ASBL En Route) :

- Les relations sont basées sur le **respect** mutuel ;
- Les pair-aidants considèrent les personnes qu'ils soutiennent comme leurs **égaux** en termes de valeur humaine, de dignité et d'appartenance à la société ;
- Les pair-aidants communiquent, incarnent et inspirent **l'espoir** chez les autres en leur fournissant des preuves tangibles que le rétablissement et l'intégration à la société restent possibles pour les personnes en souffrance ;
- Les rapports entre les pair-aidants et les personnes qu'ils accompagnent sont basés sur la **confiance** mutuelle ;
- Les pair-aidants croient sans réserve au potentiel et aux richesses des personnes qu'ils accompagnent ;
- Les pair-aidants s'efforcent d'**accepter** et de **comprendre** les personnes qu'ils soutiennent sans jugement ;
- **Tolérance** vis-à-vis des difficultés explicites ou implicites de la personne aidée ;
- Les relations sont basées sur la **confidentialité** ;
- Les pair-aidants respectent le secret professionnel lié à toutes les personnes qu'ils accompagnent ;
- **Solidarité** ;
- **Authenticité** : le pair-aidant communique autour de son vécu propre.

Revenons aux origines de la pair-aidance en santé mentale et aux définitions données en France, au Québec, en Suisse<sup>8</sup> (annexe 2). Nous retrouvons dans toutes ces définitions les notions d'expertise du vécu ou encore savoir expérientiel, en bref l'expérience de vie. Le rétablissement en est bien entendu la clé qui va ouvrir sur le champ des possibilités d'aide à autrui, d'aide à ses pairs en difficultés similaires. Pratique-

ment dans tous les pays, toutes les appellations, définitions soutiennent l'importance d'une formation. Si nous voulions parler de pair-aidants et distinguer ceux ayant suivi une formation, nous pourrions facilement utiliser pour les autres le terme : « Entraînant ». Ceci n'est qu'une réflexion personnelle qui n'est couverte par aucune littérature.

## Annexe 2

### Qu'est-ce qu'un intervenant pair-aidant ?

Le pair-aidant est un membre du personnel dévoilant qu'il vit ou qu'il a vécu un problème de santé mentale. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information à des personnes qui vivent des situations similaires.

De façon générale, il a pour rôle :

- De redonner espoir à ses pairs puisqu'il a lui-même affronté et franchi les obstacles reliés à la maladie mentale et adopté des stratégies facilitant son rétablissement ;
- De soutenir et de responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement ;
- D'apporter son expertise et de maintenir au cœur des préoccupations de l'équipe la réduction de la stigmatisation et la nécessité d'assurer la pleine participation des personnes au choix des services<sup>10</sup>.

La définition proposée des médiateurs de santé pairs (MSP) dans le programme français est la suivante : « *personnes en capacité de travailler, ayant une expérience en tant qu'utilisateur des services de santé mentale, qui ont décidé d'entamer un parcours de professionnalisation dans le domaine de l'aide et de la médiation en santé mentale, qui jouent un rôle de facilitateurs de santé, intégrés dans les équipes de santé mentale* ».

Est ainsi mis en avant le « savoir expérientiel » (par l'expérience du vécu), utile dans les accompagnements en éducation thérapeutique. Les MSP sont supposés renforcer l'alliance thérapeutique avec les patients, c'est-à-dire installer avec eux une relation de confiance, mais aussi les accompagner dans une meilleure compréhension de leur maladie, et s'impliquer dans leur psychoéducation, tout cela aidant les patients à s'autonomiser et mieux gérer leurs troubles au quotidien, en s'appuyant sur leurs propres ressources<sup>13</sup>.

En Suisse, un pair praticien en santé mentale est un professionnel de la santé qui a souffert d'un trouble psychique ou d'une addiction. Après avoir progressé sur la voie du rétablissement et pris assez de recul sur son vécu, il a accompli une formation certifiante afin de soutenir le rétablissement d'autres personnes. Il a ainsi un rôle d'expert par expérience.

Le pair praticien peut intervenir dans différents domaines tels que les soins, la recherche, l'enseignement<sup>14</sup>.

### Réhabilitation psycho-sociale

Nous pourrions définir la réhabilitation en disant qu'elle repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits<sup>9</sup>.

La réhabilitation psychosociale fait surtout référence aux parcours psychiatriques. Avec l'ETP (éducation thérapeutique du patient), une des formes les plus abouties de la réhabilitation psychosociale, on peut également rentrer dans le champ des addictions. L'Organisation mondiale de la Santé définit l'éducation thérapeutique comme suit « *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur*

*vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants, à vivre plus sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie* »<sup>3</sup>. Dans l'éducation thérapeutique, on inclut également la famille. L'éducation pour la santé (qui est à l'origine de l'ETP) du patient sollicite plusieurs familles de professionnels dont les soignants.

Les objectifs généraux en sont :

- Utiliser de manière optimale les services de santé ;
- Prendre un rôle actif dans le dialogue instauré avec les soignants ;

- Accepter le caractère éventuellement chronique de la maladie ou du handicap ;
- Assumer les contraintes d'une surveillance régulière et de certains dépistages ;
- Prendre en charge les traitements en concertation avec les professionnels ;
- Réussir à changer certaines de leurs habitudes de vie ;
- Se faire entendre auprès des institutions, des services et des professionnels qui peuvent contribuer à améliorer leur état de santé et leurs conditions de vie.

Les conduites addictives sont des troubles du lien qui peuvent devenir des maladies chroniques, comportementales. Elles sont la résultante de l'interaction de 3 facteurs : une ou plusieurs substances psychoactives ou comportements sans produit, un individu vulnérable, un environnement favorable.

Pendant longtemps, l'objectif du traitement de ces conduites s'est limité à l'arrêt ou à l'abstinence. Aujourd'hui, on s'intéresse de très près à la réduction des risques et des dommages (RdRD) qui est devenue un enjeu central du traitement des conduites addictives<sup>10</sup>. Chez les personnes dépendantes, l'objectif le plus pertinent à long terme reste sans doute l'arrêt de la conduite addictive. Cependant, d'autres objectifs sont possibles notamment si le patient ne souhaite pas arrêter. Réduire les risques liés à l'injection d'une drogue, réduire la consommation d'une substance ou encore un comportement à risque sont des stratégies qui ont fait la preuve de leur efficacité en favorisant notamment une reprise de contrôle sur la conduite. Dans le cadre d'une approche centrée sur le patient, l'aider à modifier un comportement inadapté implique de l'aider à bien connaître sa maladie, d'en avoir évalué les risques et les dommages, d'avoir pris en compte ses besoins, ses souhaits et ses objectifs et enfin de lui proposer les stratégies de soins les mieux

adaptées à son projet de vie. Une des stratégies, centrée sur le patient, est l'approche éducative. On définit l'éducation comme « l'art de former une personne afin de développer ses qualités physiques, intellectuelles et morales ». L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en addictologie est justement ce processus de réduction des risques et des dommages<sup>11</sup>.

Mais qu'en est-il quand le patient cumule addiction, trouble psychiatrique, précarité ?

On dira dans une étude en addictologie qu'un état somatique ou psychiatrique non stabilisé rend inéligible le patient à cette forme d'ETP. Pour les patients combinant les 2 formes de troubles, psychiatrique et addictif, on peut se demander, en effet, par où il faudrait commencer. Nous pensons, d'expérience, qu'il faut d'abord supprimer le comportement addictif par l'abstinence afin de pouvoir ensuite s'attaquer à la stabilisation du trouble psychiatrique. Le comportement addictif vient en effet fortement renforcer les manifestations du trouble psychiatrique. La réduction des risques peut donc plus difficilement s'appliquer ici car on n'arrive alors qu'à des situations où un trouble continue de venir en alimenter un autre. C'est probablement une des raisons pour lesquelles il est extrêmement compliqué de traiter des patients en situation d'addiction et présentant un trouble psychiatrique<sup>12</sup>.

Si le corps médical se heurte à de nombreuses difficultés dans ce cas de figure, la pair-aidance ne prétend pas non plus apporter de solution miracle. Elle ne peut que se baser sur l'incarnation du possible à travers l'exemple, faire part de son expérience, suggérer, inciter, donner l'espoir...

En ce qui concerne la précarité, les approches quant à la suppression prioritaire de l'addiction sont fortement questionnées et la démarche *Housing First* se fonde sur l'idée qu'un environnement plus sécurisé à tous niveaux est un préalable au travail sur l'addiction<sup>8</sup>.

## CONCLUSION

Ce bref survol de la pair-aidance, aussi bien du point de vue historique que spécifique, méthodologique ou épistémologique, nous amène à une conclusion sous la forme de bilan et perspectives.

En termes de bilan, la pair-aidance comme pratique assez neuve se cherche encore aussi bien en termes de reconnaissance que de formation, suivi, implémentation. Néanmoins, le chemin déjà parcouru, nous paraît prometteur en ce sens qu'il nous semble que cette approche, en complément d'un nécessaire suivi psycho-médico-social spécifique, a d'ores et déjà trouvé une certaine place dans l'aide proposée aux personnes inscrites dans un parcours lié aux assuétudes (voir<sup>1</sup>, p.124).

### Les perspectives envisagées peuvent se situer sur quatre axes principaux :

- Politique : porter à la connaissance des décideurs politiques l'effectivité de notre pratique et son apport. Ce point est aussi lié au nerf de la guerre. En effet sans reconnaissance, sans un statut clairement établi aussi et sans subsides adéquats, la pair-aidance risque de rester très marginale malgré ses apports ;
- Professionnel : que la pair-aidance se professionnalise ou soit vécue comme un bénévolat, la nécessaire recherche d'une collaboration avec les professionnels psycho-médico-sociaux est centrale. Cela peut sembler une lapalissade mais les addictions ayant des racines multiples, les propositions de solutions doivent, elles aussi, être multiples ;

- Personnes en parcours d'assuétude : l'information de ces personnes quant au rôle potentiel de la pair-aidance dans leur parcours de rétablissement est la base même de notre action ;
- Pair-aidants : il n'est pas seulement indispensable que les pair-aidants voient leur statut reconnu mais également que les formations proposées (actuellement et dans le futur) leur assurent une assise indispensable. Au-delà de cela, il est aussi crucial de prévoir une pérennisation des pratiques d'intervision et de supervision.

Enfin, nous aimerions terminer en précisant que les points de vue exprimés ici nous sont propres et que la pair-aidance « est une pratique aux mille visages »<sup>12</sup>.

**Conflits d'intérêt : néant.**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Frank N, Cellard C. Pair-aidance en santé mentale. France, Elsevier; 2020.
2. Fransolet P. La Fleur de Patricia. Belgique, En Route; 2019.
3. Alcooliqes anonymes. (Consulté en avril 2023) <https://alcooliqesanonymes.be/histoire-des-aa>
4. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. (Consulté en avril 2023) <https://aqrp-sm.org/groupes-mobilisation/pairs-aidants-reseau/role/>
5. Centre Ressource Réhabilitation. (Consulté en avril 2023) <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>
6. En Route asbl. (Consulté en avril 2023) <https://enrouteweb.org>
7. ETP. (Consulté en avril 2023) [https://www.loraddict.org/images/pdf/R%C3%A9f%C3%A9rentiel\\_ETP\\_Addictologie\\_VF\\_2019.pdf](https://www.loraddict.org/images/pdf/R%C3%A9f%C3%A9rentiel_ETP_Addictologie_VF_2019.pdf)
8. Médiateurs de Santé Pairs (France). (Consulté en avril 2023) <https://www.solidarites-usagerspsy.fr/s-engager/les-pairs-aidants/les-mediateurs-de-sante-pairs-en-france/>
9. Mouvement Vie Libre. (Consulté en avril 2023) [https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement\\_Vie\\_Libre](https://fr.wikipedia.org/wiki/Mouvement_Vie_Libre)
10. Pair-aidance: regards croisés. (Consulté en avril 2023) [https://youtu.be/BHEMBK\\_DHGc](https://youtu.be/BHEMBK_DHGc)
11. Pairs-praticiens (Suisse) . (Consulté en avril 2023) <https://www.re-pairs.ch/pair-praticien>
12. Plan global ervaringsdeskundigheid. (Consulté en avril 2023) [http://www.herstelplatform.be/media/docs/Globaal%20Plan%20Ervaringsdeskundigheid\\_201909.pdf](http://www.herstelplatform.be/media/docs/Globaal%20Plan%20Ervaringsdeskundigheid_201909.pdf)
13. O.M.S. : Education Thérapeutique du Patient. (Consulté en avril 2023) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345371/9789289055987-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. SMES. (Consulté en avril 2023) <https://smes.be/fr/housing-first/>

*Travail reçu le 9 mai 2023 ; accepté dans sa version définitive le 29 juin 2023.*

**AUTEUR CORRESPONDANT :**

**S. CEPHALE**  
 Plateforme bruxelloise pour la Santé mentale  
 Rue de l'Association, 15 - 1000 Bruxelles  
 E-mail : [s.c@platformbxl.brussels](mailto:s.c@platformbxl.brussels)