

LA PAIR-AIDANCE DANS LE CHAMP DES ADDICTIONS : ENTRE ENGAGEMENT, MUTATION ET DÉFIS CONTEMPORAINS

Imaine Sahed

*Chercheuse au laboratoire Santé mentale sciences humaines
et sociales du GHU Psychiatrie et neurosciences Paris*



Dans le champ des addictions, les pratiques d'accompagnement se sont développées par strates successives, souvent hétérogènes et concurrentes, sans jamais s'uniformiser. L'émergence de l'addictologie, avec la structuration des Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud), a introduit une approche médico-psycho-sociale intégrative, marquant une étape d'institutionnalisation que tous les acteurs n'ont pas nécessairement partagée.

Ainsi, la pair-aidance s'inscrit dans ce paysage en recomposition. Ancrée dans l'expérience vécue, elle mobilise des savoirs issus de la gestion des risques, des effets, de la prohibition, du soin et de la stigmatisation, formant une véritable « pharmacologie expérientielle » [1;2]. Fondée sur la réciprocité, elle crée des espaces d'expression souvent inaccessibles aux professionnels, où peuvent se dire ambivalences, silences et rechutes [3].

Distincte des approches classiques thérapeutiques, la pair-aidance constitue à la fois une alternative à la médicalisation et un levier de transformation du lien social, notamment pour les publics en rupture. Mais son développement reste traversé par de fortes tensions : reconnaissance institutionnelle incomplète, précarité des statuts, brouillage des rôles, dilemmes entre fidélité à l'expérience et exigences de professionnalisation.

Ses figures sont multiples, allant du patient expert abstinent labellisé par l'hôpital au pair en réduction des risques auprès d'usagers actifs, ce qui reflète la diversité des pratiques, des contextes et des rapports aux institutions.

Cette hétérogénéité, loin d'être un obstacle, fait la richesse mais aussi la vulnérabilité de la pair-aidance. Loin d'être opposable ou hiérarchisable,

elle exprime la complexité des trajectoires entre abstinence, sevrage, réduction des risques ou accompagnement.

Cet article propose d'interroger les fondements et les apports de la pair-aidance, mais aussi ses tensions, ses contraintes structurelles et ses enjeux contemporains. Il s'agit de mieux saisir en quoi, et à quelles conditions, elle peut redéfinir les frontières du soin, du savoir et de la légitimité dans un champ en mutation.

DES ORIGINES MILITANTES À LA RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE

Évolution de l'accompagnement en addictologie en France : de la pluridisciplinarité à la pair-aidance

En France, l'accompagnement des personnes confrontées aux addictions s'est structuré autour d'une approche pluridisciplinaire (médecine, psychologie, travail social), sur un socle historiquement fragmenté, où alcoologie, toxicomanie et tabagisme relevaient de logiques distinctes : coordination limitée entre médecins et travailleurs sociaux en alcoologie, orientation psychanalytique en toxicomanie (ex : les post-cures du Dr. Olievenstein), approche hygiéniste en tabac.

Progressivement, de nouvelles initiatives impulsées par les usagers, comme autour du tabac et du vapotage (groupe JNFP ou « *Je ne fume plus !* »), participent au renouvellement d'un champ de l'addictologie toujours traversé par une forte hétérogénéité : entre les structures (Csapa hospitaliers médicalisés et associations fragilisées), entre les approches (éducation thérapeutique, thérapie cognitivo-comportementale ou TCC, entretiens motivation-

nels) et les modes d'implication des personnes concernées [4 ; 5]. Cette diversité s'accompagne également de tensions : attentes divergentes des usagers, complexité des parcours, tensions internes, contraintes réglementaires.

Dans ce contexte, la pair-aidance émerge comme une réponse alternative, recentrant l'accompagnement sur le savoir expérientiel. Elle s'inscrit dans le prolongement des dynamiques nées dans les années 1990 avec la réduction des risques (RdR), promue face à la crise du VIH : distribution de matériel, traitements de substitution, échanges de seringues [6 ; 7 ; 8 ; 9]. Cette politique reconnaît les usagers comme acteurs et initie leur implication dans les premières actions collectives [1 ; 10 ; 11].

L'entraide entre pairs, d'abord informelle, s'organise en groupes d'auto-support valorisant le partage d'expérience [10 ; 11], posant les bases d'une reconnaissance du savoir expérientiel, distinct du savoir théorique ou professionnel par son ancrage dans le vécu [12].

Deux autres évolutions majeures accompagnent cette dynamique. D'un côté, l'essor des neurosciences promeut un modèle biomédical de l'addiction comme maladie chronique du cerveau (selon le National Institute On Drug Abuse ou NIDA), aujourd'hui relativisé même par certains de ses anciens défenseurs. De l'autre, l'approche du rétablissement, issue de la psychiatrie communautaire et portée en addictologie par des mouvements comme les Alcooliques anonymes (AA) ou les Narcotiques anonymes (NA), propose une conception subjective et évolutive du mieux-être, avec ou sans abstinence [13 ; 14].

La convergence entre la RdR, l'approche du rétablissement et la reconnaissance du savoir expérientiel éclaire l'émergence de la pair-aidance comme modalité d'accompagnement innovante, à l'interface du soin, du social et de la citoyenneté. Depuis les années 2000, elle s'inscrit dans le virage inclusif des politiques publiques qui reconnaissent les savoirs profanes et encouragent la participation des usagers à la co-construction des réponses en santé (Stratégie nationale de santé de la Haute Autorité de la santé).

Une dynamique historique portée par la réduction des risques

Dans le champ des addictions, la pair-aidance prolonge les dynamiques d'auto-support et de réduction des risques, en valorisant le savoir issu de l'expérience vécue. Si les premiers acteurs issus de ces mouvements ont été progressivement marginalisés lors de l'institutionnalisation du secteur, la

reconnaissance progressive du savoir expérientiel a favorisé un processus de professionnalisation. Cette évolution se déploie dans un paysage fragmenté aux multiples approches (sanitaires, communautaires, militantes ou festives) et reconnaissances institutionnelles variées : tandis que certains dispositifs (Csapa, Caarud) ont été intégrés aux politiques publiques, d'autres actions notamment en milieu festif ou issues des collectifs militants, restent marginalisées [5].

Des structures comme la Fédération Addiction ou l'association Auto-support des usagers de drogues (Asud) ont œuvré à la reconnaissance institutionnelle de la pair-aidance, tandis que des collectifs tels que Psychoactif, les Psychonautes, Techno+ ou Keep Smiling poursuivent une pair-aidance de terrain souvent critiquée vis-à-vis des cadres normatifs. Ensemble, ils témoignent de la vitalité et de la pluralité des engagements pair-aidants, allant bien au-delà du simple soutien entre pairs.

La formation² a été essentielle à la professionnalisation des pairs-aidants, convertissant leur expérience en compétences tout en préservant l'authenticité du vécu [16 ; 17]. Elle a ouvert des perspectives d'insertion dans le soin, le médico-social ou la médiation. Toutefois, cette dynamique se heurte à des obstacles : une dilution possible des savoirs expérientiels sous les normes institutionnelles [18 ; 19 ; 20], un cadre légal restrictif et une stigmatisation persistante. Les pairs-aidants, souvent victimes d'une stigmatisation similaire à celle des usagers qualifiés de « malades-délinquants » [21], sont confrontés à des freins d'ordre juridique et statutaire liés à leur passé, leur usage ou leur engagement, limitant leur reconnaissance et creusant l'écart avec les professionnels diplômés³.

APPORTS CONCRETS ET LIMITES DE LA PAIR-AIDANCE

Un lien unique, porteur d'espoir

Les données empiriques confirment l'efficacité des interventions de pair-aidance dans le champ des addictions : réduction significative des usages, y compris chez les personnes présentant des

¹ Pionniers depuis les années 1930 (Alcooliques Anonymes) et 1984 en France (Narcotiques Anonymes), ces groupes emblématiques offrent des espaces d'entraide et de parole confidentiels, indépendants des logiques médicales [40 ; 28].

² Formations proposées par des associations (Fédération Addiction, AP-HP, hôpitaux Bichat-Beaujon) ou intégrées à des cursus universitaires en médiation en santé ou en pair-aidance.

³ Ainsi, la professionnalisation de la pair-aidance ne saurait se réduire à une simple intégration technique dans les dispositifs existants. Elle appelle à une re-définition des rapports entre institutions et savoirs profanes, à une vigilance face aux risques d'exclusion et stigmatisation et à la construction d'un espace de reconnaissance véritablement partagé.

4 Clarifier les rôles et terminologies (pair-aidant, médiateur de santé, patient expert) apparaît donc essentiel pour garantir leur insertion et leur reconnaissance [41 ; 11].

troubles concomitants [22] et amélioration de la santé mentale (diminution des symptômes dépressifs, regain d'espoir, sentiment de dignité et valorisation de soi) [23 ; 24].

Être aidé par quelqu'un qui est « passé par là » crée un lien d'identification fort, souvent plus mobilisateur que les approches traditionnelles [25 ; 1 ; 8]. Par ailleurs, en valorisant l'expérience vécue, la pair-aidance offre aux personnes en rétablissement des opportunités d'insertion sociale et professionnelle, tout en les impliquant activement dans les transformations du soin [26 ; 3].

Au-delà de leur efficacité, les pairs remettent en question la vision strictement médicale de l'addiction. En partageant leur vécu, ils montrent que les usages ne relèvent pas uniquement d'une pathologie ou de l'irrationalité : ils peuvent aussi être des réponses adaptatives à des contextes de souffrance, d'isolement ou de précarité. Cette approche redonne du sens aux parcours et invite à un regard plus nuancé, moins stigmatisant.

Cette reconnaissance de leur impact sur la déstigmatisation et le rétablissement [22 ; HAS, 2025 ; 27] reflète un changement de paradigme : le savoir expérientiel, longtemps marginalisé, est désormais considéré comme complémentaire aux savoirs professionnels [28]. Les pairs ne sont plus de simples médiateurs, mais de véritables co-acteurs du soin. En favorisant l'empowerment et la restauration du pouvoir d'agir des personnes accompagnées, ils participent à une redéfinition du soin fondée sur la réciprocité, la confiance et la dignité : on ne « fait plus pour », on « fait avec ».

Une transformation des pratiques professionnelles

Au-delà du soutien direct, la pair-aidance transforme les dynamiques institutionnelles et contribue à un changement culturel, organisationnel et politique en addictologie. Dans certaines structures comme le Caarud Gaïa-Paris ou Oppelia, les pairs participent pleinement à la gouvernance (comités d'usagers, conseils d'administration, formation, évaluation), incarnant une forme de démocratie sanitaire [29 ; 30]. Des collectifs comme ASUD ou Psychoactif renforcent cette légitimité dans les instances représentatives.

Dans les Csapa, ils interviennent à différents niveaux : accueil, groupes de parole, soutien aux traitements, médiation, etc. Dans les Caarud, leur présence est centrale dans les actions de réduction des risques. Ils participent aux actions mobiles, à la distribution de matériel, à la sensibilisation et à la médiation avec les publics les plus éloignés des soins.

Les pairs n'ont pas vocation à remplacer les professionnels, mais à compléter leurs interventions. Leur expérience vécue et leur connaissance du terrain enrichissent les approches biomédicales [31] et renforcent l'alliance thérapeutique. La pair-aidance participe ainsi à une réhumanisation des soins, en phase avec l'essor d'approches thérapeutiques plus intégratives, sensibles au vécu et aux dimensions psychosociales [32]. Ces dynamiques conduisent à repenser la frontière entre professionnels et usagers, comme en témoigne l'usage marginal mais significatif de l'auto-dévoilement chez certains soignants, aux effets proches de la pair-aidance [33].

ENJEUX ÉTHIQUES ET DÉFIS CONTEMPORAINS DES PAIRS-AIDANTS

Une reconnaissance encore fragile et inégale

Le savoir expérientiel des pairs-aidants est de plus en plus reconnu comme une ressource précieuse, mais leur reconnaissance institutionnelle reste partielle et inégale. Si certains Csapa ou Caarud valorisent leur rôle, d'autres les cantonnent à des fonctions marginales, faute de cadre structurant ou de statut clair [34]. Pris entre les figures d'anciens usagers, d'aidants et de professionnels, les pairs peinent à asseoir leur légitimité⁴. Leur intégration, déjà fragilisée par ce flou statutaire, est aussi freinée par une stigmatisation sociale persistante liée aux usages ou au passé judiciaire [35].

Au-delà de ces obstacles, la pair-aidance bouscule les hiérarchies professionnelles en valorisant une expertise profane [29 ; 36] et contribuant à un rééquilibrage des rapports de pouvoir dans le champ du soin. En reconnaissant la légitimité des savoirs issus de l'expérience, elle participe à une redistribution plus horizontale des rôles entre professionnels et personnes concernées.

Cette dynamique suscite des tensions : certains soignants redoutent une déprofessionnalisation ou une instrumentalisation des récits de vie, tandis que d'autres peinent à reconnaître les pairs comme de véritables collègues, les maintenant dans une position ambivalente (ni pleinement collègues ni seulement patients), ce qui engendre un isolement [37 ; 38]. Ces résistances, bien que parfois individuelles, traduisent des enjeux culturels profonds autour de la légitimité à « faire soin » et du partage du pouvoir dans les institutions, renforcées par l'absence d'outils adaptés pour accompagner cette transition.

Les risques de la proximité

Malgré les tensions évoquées, la pair-aidance séduit par la qualité de la relation qu'elle permet d'instaurer avec les usagers. Fondée sur une proximité liée à la similarité des parcours, elle favorise la confiance et l'adhésion. Mais cette même proximité peut devenir source de fragilité si elle n'est pas encadrée. En l'absence de repères clairs, la relation risque de devenir fusionnelle, exposant les pairs à une surcharge émotionnelle, une confusion des rôles ou la réactivation de traumatismes [37]. L'identification excessive, les partages inappropriés ou la difficulté à poser des limites brouillent les frontières professionnelles, fragilisant l'équilibre du pair-aidant, pris entre posture soignante et identité d'ancien usager.

Ces tensions soulèvent des dilemmes récurrents : comment accompagner sans se perdre ? Comment partager sans envahir ? Comment conjuguer proximité et distance éthique ? Le positionnement hybride des pairs, entre humanité partagée et exigence professionnelle, constitue l'un des enjeux les plus sensibles de leur fonction.

Prévenir les risques d'usure, d'épuisement ou de reviviscence de blessures suppose un encadrement solide et pérenne : supervision, analyse de la pratique, co-encadrement, soutien psychologique, formation continue adaptée. Ces dispositifs permettent aux pairs de prendre du recul, de réguler leurs émotions, de clarifier leur positionnement et d'ajuster leurs pratiques. Il ne s'agit pas de neutraliser la richesse du vécu, mais de lui offrir un cadre sécurisant pour en faire un levier d'accompagnement maîtrisé. C'est ainsi que l'engagement des pairs peut s'inscrire dans une dynamique professionnelle pérenne.

Adapter la pair-aidance aux transformations contemporaines des usages

Parallèlement aux enjeux institutionnels et relationnels, le champ des addictions évolue rapidement, avec l'émergence de nouvelles substances (3-MMC, fentanyl) et la multiplication des polyconsommations festives et des usages ancrés dans les cultures numériques. Ces évolutions redéfinissent les profils des usagers, désormais souvent plus jeunes, précaires, hyperconnectés et socialement éloignés des générations précédentes [39].

Dans ce contexte, la légitimité des pairs-aidants peut être fragilisée lorsque leur expérience personnelle ne résonne plus avec les usages actuels. Un pair ayant traversé une addiction à l'héroïne ou à l'alcool peut se sentir en décalage face à un jeune consommateur de substances de synthèse, dont les pratiques, les codes et les attentes relèvent d'autres logiques. Ce décalage peut susciter un

sentiment d'illégitimité, voire une remise en question. Il appelle un ajustement qui repose moins sur la proximité des parcours que sur la capacité à reconnaître et accueillir les singularités.

Cela implique, de la part des pairs, une posture réflexive : reconnaître ses limites, accepter de ne pas être toujours la personne la plus adaptée et savoir passer le relais à un autre pair dont le vécu résonne davantage avec celui de l'usager. Ce partage lucide des compétences, fondé sur la reconnaissance mutuelle, est au cœur de la richesse de la pair-aidance contemporaine.

Encore faut-il que les organisations rendent ce relais possible. Favoriser la complémentarité entre pairs suppose une coordination souple, un cadre statutaire clair et une reconnaissance effective de la pluralité des profils. Or, sur le terrain, les dispositifs demeurent souvent structurés autour de figures individuelles, freinant la mise en œuvre de cette diversité pourtant essentielle à la qualité de l'accompagnement.

Promouvoir cette pluralité implique de diversifier les parcours, les générations, les types d'usage, les appartenances sociales, afin de mieux représenter la diversité des publics, de renforcer la légitimité des intervenants et d'améliorer la pertinence des accompagnements.

La pair-aidance professionnelle ne doit pas non plus se couper des dynamiques d'auto-support issues des communautés d'usagers. Ces dynamiques permettent de rester connectés aux transformations rapides des usages, tout en ancrant l'accompagnement dans une logique vivante, collective et réactive.

Ce besoin d'adaptation n'est pas propre à la pair-aidance. Dans des champs comme la psychothérapie, on reconnaît aussi que ce qui fonctionne pour une personne peut ne pas convenir à une autre. Admettre que la pair-aidance ne peut répondre à toutes les situations ne la dévalorise pas ; cela en souligne au contraire la nature relationnelle, évolutive et complémentaire. Elle gagne en pertinence lorsqu'elle s'articule à d'autres formes d'accompagnement, dans le respect des temporalités, des trajectoires et des besoins singuliers.

Enfin, pour faire face aux évolutions constantes du champ, les pairs doivent bénéficier d'une formation continue, actualisée et adaptée, leur permettant de renforcer leurs compétences, d'ajuster leurs pratiques et de faire face aux nouveaux enjeux⁵.

⁵ En somme, la pair-aidance ne peut se figer dans un modèle statique : elle doit rester souple, éthique et évolutive pour offrir un accompagnement humain, pertinent et professionnel face aux défis actuels des addictions.

CONCLUSION

La pair-aidance s'impose aujourd'hui comme une innovation majeure dans le champ des addictions. En mobilisant le vécu comme ressource, elle redonne voix et légitimité aux personnes longtemps marginalisées. Bien plus qu'un simple témoignage ou une entraide informelle, elle devient un levier d'accès aux soins, de transformation identitaire et de renouvellement des pratiques professionnelles.

Son intégration progressive dans les Csapa, Caarud, hôpitaux ou associations témoigne d'une volonté d'inclusion et de participation accrue des usagers. Mais cette dynamique reste fragile : flou statutaire, conditions précaires, résistances institutionnelles, tensions éthiques, stigmatisation persistante, notamment pour les pairs en situation de précarité, issus de minorités ou au passé pénal, freinent encore une reconnaissance pleine et entière.

Pour que la pair-aidance s'ancre durablement dans le système de soins et les politiques publiques, plusieurs conditions sont nécessaires : un statut professionnel clair (garantissant des droits, une protection) ; des formations adaptées et continues (soutenant la montée en compétences sans dénaturer la singularité des parcours) ; des dispositifs d'accompagnement éthique et émotionnel (supervision, co-encadrement, analyse de la pratique) adaptés aux réalités du terrain ; une réelle intégration

tion dans les équipes, avec reconnaissance du rôle joué par les pairs ; enfin, une pluralité des profils, à l'image de la diversité des parcours.

L'enjeu est de professionnaliser sans standardiser, de sécuriser sans lisser, de reconnaître sans neutraliser. Car la force de la pair-aidance réside précisément dans sa singularité : une parole libre, une posture relationnelle fondée sur l'expérience et la réciprocité.

Au-delà du soin, elle questionne nos hiérarchies entre savoirs professionnels et savoirs expérientiels. Elle ouvre la voie à une démocratie sanitaire plus incarnée, où les usagers deviennent co-auteurs des réponses les concernant. Cela implique de relever plusieurs défis : préserver la singularité des pairs tout en les professionnalisant ; articuler les savoirs sans les hiérarchiser ; lever les freins liés au stigmatisme ou au casier judiciaire.

Ces interrogations appellent à poursuivre la recherche, renforcer les formations et co-construire des cadres d'action partagés, en lien étroit avec les réalités du terrain. La pair-aidance ne doit pas pallier les lacunes du système, mais en transformer les logiques. Sa reconnaissance passe par un engagement collectif à construire un accompagnement plus humain, plus équitable et plus respectueux des subjectivités, y compris celles trop souvent tenues à l'écart ou disqualifiées [21].

Bibliographie

- [1] Dos Santos, M., & Chappard, P. (à paraître). Les savoirs expérientiels liés aux usages de drogues, au défi des injustices épistémiques. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd., à paraître)*.
- [2] Lalande, A., & Chappard, P. (2012). Réduction des risques, savoirs profanes et professionnalisation. In A. Morel, P. Chappard, & J. Couteron, *La réduction des risques en addictologie : en 22 fiches (pp. 98-110)*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2012.01.0098>
- [3] Chinman, M. J., Rosenheck, R., Lam, J. A., & Davidson, L. (2000). Comparaison des services de gestion de cas fournis par les consommateurs et les non-consommateurs pour les sans-abri atteints d'une maladie mentale grave. *Journal des maladies nerveuses et mentales*, 188(7), 446-453.
- [4] Couteron, J.-P., & Meliava, N. (à paraître). Réduction des risques et changement thérapeutique. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd., à paraître)*. Dunod.
- [5] De la Tribonnière, X., Jacquet, J.-M., Vidal, J. et Donnadiou, H. (2016). Ce que l'éducation thérapeutique peut apporter à l'addictologie. *Santé Publique*, 28(5), 591-597. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0591>.
- [6] Chappard, P., Couteron, J.-P., & Morel, A. (2019). La réduction des risques, fondement d'une nouvelle addictologie. In A. Morel & J.-P. Couteron (Eds.), *Aide-mémoire Addictologie en 47 notions* (3^e éd., p. 35). Dunod.
- [7] Inserm. (2021). Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. *Expertise collective*.
- [8] Bello, P.-Y., Ben Lakhdar, C., Carrieri, M. P., Costes, J.-M., Couzigou, P., Dubois-Arber, F., Guichard, A., Jauffret-Roustide, M., Le Naour, G., & Lucidarme, D. (2010). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue*. Inserm.
- [9] Chappard, P., & Jauffret-Roustide, M. (à paraître). L'histoire de l'addictologie, entre médicalisation et stigmatisation. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques (nouvelle éd.)*. Dunod.

- [10] Jauffret-Roustide, P. (2005). Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques. In M. Giroux Arcella, M. Joubert, & Ch. Mougin (Eds.), *Villes et toxicomanies* (pp. 271-282). Erès. <https://doi.org/10.3917/eres.girau.2005.01.0271>
- [11] Delaquaize, H., Brun, P., Caporossi, A., & Granier, J.-M. (2021). Médiateur santé publique, médiateur santé pair, pair aidant, patient expert ? Synthèse & conclusion. *Psychotropes*, 27(1), 127-130. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0127>
- [12] Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- [13] Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- [14] Durand, B. (2019). Le rétablissement. *Raison présente*, 209(1), 19-31. <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0019>.
- [15] Marbais, E. (à paraître). Delta Plane, une e-RdR non institutionnelle sur Discord. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [16] Gardien, È. (2019). Les savoirs expérientiels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs. *Vie sociale*, 25-26(1), 95-112. <https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0095>
- [17] Flora, L., & Brun, P. (2020). Naissance de la pair-aidance en France : les médiateurs de santé-pair. *Pratiques en santé mentale*, 66(3), 14-19. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0014>
- [18] Dos Santos, M. (2017). S'engager en tant que pairs au sein d'une structure pour usagers de drogues : la place des savoirs expérientiels. *Vie sociale*, 20, 223-238. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0223>
- [19] Girard, V., Driffin, K., Musso, S., Naudin, J., Rowe, M., Davidson, L., & Lovell, A.-M. (2006). La relation thérapeutique sans le savoir. Approche anthropologique de la rencontre entre travailleurs pairs et personnes sans chez-soi ayant une cooccurrence psychiatrique. *L'Évolution Psychiatrique*, 71(1), 75-85.
- [20] Faulkner, A., & Basset, T. (2012). A helping hand: Taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion*, 16(1), 41-47.
- [21] Ben Lakhdar, C., & Couteron, J.-P. (à paraître). Stigmate et maladie, ou la maladie du stigmate. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [22] Chen, Y., Yuan, Y., & Reed, B. G. (2023). Experiences of peer work in drug use service settings: A systematic review of qualitative evidence. *The International Journal on Drug Policy*, 120, 104182.
- [23] Rowe, M., Bellamy, C., & Baranoski, M. (2007). Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: Outcomes of a group- and peer-based intervention. *Psychiatric Services*, 58(7), 955-961. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.7.955>
- [24] Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Soutien par les pairs chez les personnes atteintes de maladies mentales graves : un examen des preuves et de l'expérience. *World Psychiatry*, 11, 123-128. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.009>
- [25] Real Molina, S. (2022). Usages de drogues et personnes queer dans les espaces urbains : quelles approches pour une recherche critique ? In M. Germes, S. Perrin, & R. Scavo (Eds.), *Espaces genrés des drogues. Parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*. Le Bord de L'eau.
- [26] Fisk, D., Rowe, M., Brooks, R., & Gildersleeve, D. (2000). Integrating consumer staff into a homeless outreach project: Issues and strategies. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 244-252.
- [27] Greacen, T. et Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'information psychiatrique*, 89(5), 359-364. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1067>.
- [28] Fédération Addiction. (2020). *Participation des usagers : de l'implication à la coopération*. Repères.
- [29] Liégeois, S. et Didier, B. (2021). La pair-aidance ? Opportunisme ou conversion sincère ? *Psychotropes*. 27(1), 45-52. <https://doi.org/10.3917/psyt.271.0045>.
- [30] Arveiller, J.-P., & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? *Pratiques en santé mentale*, 2, 2.
- [31] Troisoefus, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ? *Rhizome*, 75-76(1), 27-36.
- [32] Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press.
- [33] Liu, Y., Kornfield, R., Shaw, B. R., Shah, D. V., McTavish, F., & Gustafson, D. H. (2017). When support is needed: Social support solicitation and provision in an online alcohol use disorder forum. *Digital Health*, 3, 1-12. <https://doi.org/10.1177/2055207617704274>
- [34] Demailly, L. (2014). Les médiateurs pairs en santé mentale : une professionnalisation incertaine. *La Nouvelle Revue du Travail*, (5). <https://journals.openedition.org/nrt/1952>
- [35] Chappard, P., & Pourchon, F. (à paraître). Stigmatisation des personnes utilisatrices de drogues : un processus social de domination. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [36] Godrie, B. (2016). Experts et profanes : une frontière bouleversée par la professionnalisation des pairs aidants. In L. Demailly & N. Garnoussi (Eds.), *Aller mieux. Approches sociologiques* (pp. 361-371). Presses universitaires du Septentrion.
- [37] Carlson, L. S., Rapp, C. A., & McDiarmid, D. (2001). Hiring consumer-providers: Barriers and alternative solutions. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 199-213.
- [38] Jouet, E., Flora, L. G., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de Formation / Analyses*, (58-59).
- [39] Chappard, P. (à paraître). Le rôle de l'autosupport dans l'innovation en RrR. Dans *Réduction des risques et changement thérapeutique*. Dans *Aide-mémoire de la réduction des risques* (nouvelle éd., à paraître). Dunod.
- [40] Gilles, S. (2024). L'élaboration d'une réduction des risques vernaculaire dans un collectif numérique d'amateurs de drogues. *Déviance et Société*, 48(3), 397-433. <https://doi.org/10.3917/ds.483.0397>
- [41] 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://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-365.htm>