Les PAA pairs-aidants en addictions

Guide
à l'attention
des futurs
employeurs

Hôpital et Addictions

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Depuis les années 2000, l'addiction est de plus en plus considérée comme une maladie chronique qui, à l'instar de l'asthme ou du diabète, gagne à être abordée dans le cadre de soins continus **[1]**, **[2]**. Ce changement de perspective remet au centre la personne concernée, son pouvoir d'agir, ses capacités d'autogestion, ainsi que le concept de rétablissement (recovery) dont le but ultime n'est plus la guérison, mais l'amélioration de la qualité de vie.

Grâce à leur savoir expérientiel issu de leur propre parcours de rétablissement, les pairs-aidants* créent un lien d'identification et de confiance avec les personnes accompagnées, favorisent l'espoir et soutiennent leur processus de rétablissement. Leur intégration dans le système socio-sanitaire, aux côtés des professionnels, ouvre de nouvelles perspectives pour les patients/usagers, les équipes et les institutions.

Ce changement de paradigme implique toutefois de repenser les pratiques d'accompagnement et requiert des conditions adaptées pour intégrer efficacement les pairs-aidants, notamment en milieu hospitalier.

Ce guide fournit des connaissances de base sur la pair-aidance professionnelle dans le domaine de la prise en charge des addictions.

- ➔ Il se focalise sur la création de postes de travail salarié au sein des institutions de soins (hôpitaux, institutions résidentielles sociothérapeutiques, services ambulatoires) ;
- ➔ Il répond succinctement aux questions que pourraient se poser de futurs employeurs ;
- ➔ et il renvoie à plus de 50 fiches ressources, accessibles en ligne et destinées à faciliter le développement de ce nouveau rôle, comme p. ex. : des modèles de cahiers des charges, de contrats, des grilles d'entretien, etc.

Exclusion : ce guide n'aborde pas directement le soutien des groupes d'entraide autogérés (p. ex. AA, NA), ni le travail bénévole de pairs-aidants œuvrant dans le domaine des addictions. Il ne décrit pas ce qui se fait en matière de prévention ni de réduction des risques (RdR).

* Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

La **version PDF de ce guide** *et l'***ensemble des ressources auxquelles il renvoie** *sont téléchargeables sous : hopital-addictions.ch/pair-aidance*



Contenu

Préambule — *La pair-aidance et son application dans le domaine des addictions* 7

1 Qu'est-ce qu'un pair-aidant en addictions (PAA) et quelles sont ses tâches ? 13

2 Pourquoi embaucher un pair-aidant en addictions (PAA) ? 21

3 Où et quand intégrer des pairs-aidants en addictions (PAA) ? 31

4 Comment mettre en place la pair-aidance au sein de votre institution ? 35

5 Qui recruter comme pair-aidant en addictions (PAA) ? 49

6 Combien faut-il investir pour la création et la pérennisation d'un poste de PAA ? 57

7 Check-list et calendrier d'implantation 63

8 Quelques spécificités suisses 67

9 Contacts (Suisse romande) 73

10 Pour aller plus loin 79

Points clés 83

Références bibliographiques 85

Impressum 92

Préambule
La pair-aidance et son application dans le domaine des addictions

De l'entraide à la pair-aidance professionnelle

La pair-aidance en addictions trouve ses racines aux États-Unis, dans les années 1930, avec la création des premiers groupes d'entraide des Alcooliques Anonymes (AA) puis, vers 1950, des Narcotiques Anonymes (NA). Ces mouvements reposent sur le constat que l'expérience vécue de la dépendance confère une capacité singulière à accompagner celles et ceux qui la subissent. Le fonctionnement de ces groupes d'auto-support est entièrement bénévole, horizontal (pas de hiérarchie ni de professionnels), et autonome par rapport au système de soins. Le parrainage (un membre expérimenté qui accompagne un nouveau) constitue la forme la plus connue de soutien par les pairs.

À partir des années 1980-1990, un tournant s'opère sous l'influence de plusieurs facteurs convergents.

D'abord, le mouvement du *Recovery* (rétablissement), né aux États-Unis, affirme d'une part que malgré le caractère chronique de l'addiction et de certaines problématiques de santé mentale, les personnes concernées peuvent s'engager dans un processus de rétablissement leur permettant de (re)trouver une vie porteuse de sens et d'autonomie, et d'autre part que leur savoir expérientiel a une valeur propre. Ensuite, les mouvements d'usagers et de patients revendiquent une place dans les dispositifs de soins, au-delà du simple statut de « bénéficiaire » (*Nothing about us without us*). Enfin, la recherche commence à documenter l'efficacité du soutien par les pairs, ce qui donne une légitimité scientifique à ces pratiques.

C'est dans ce contexte qu'émerge la figure du pair-aidant professionnel : une personne qui mobilise son savoir expérientiel de la consommation problématique et du rétablissement non plus dans un cadre bénévole et autogéré, mais au sein d'une institution de soins, avec un contrat de travail, un cahier des charges et fréquemment, une formation certifiante. Dans ce guide, nous les appelons pairs-aidants en addictions (PAA).

Deux notions clés : rétablissement et savoir expérientiel

Le rétablissement :
La pair-aidance est étroitement liée au concept de rétablissement, pour lequel il n'existe pas de définition universelle. Le rétablissement personnel désigne, a minima, un processus d'évolution individuel et non linéaire, qui permet de mener une vie porteuse de sens et d'autonomie. Les dimensions clinique, fonctionnelle et sociale peuvent y jouer un rôle. Au cœur de ce processus se trouvent le pouvoir d'agir, la manière de composer avec les li-

mitations existantes et la découverte de nouvelles possibilités.

Dans le domaine des addictions, le rétablissement n'est plus obligatoirement synonyme d'abstinence. Certaines définitions incluent la réduction de la consommation, d'autres la réduction des risques **[3, p. 8]**.

Le modèle du rétablissement diffère du modèle biomédical, tant dans ses objectifs, son approche, que du rôle du patient. Tous deux sont néanmoins complémentaires.

	Modèle biomédical	**Modèle du rétablissement**
Objectif	Rémission des symptômes	Vie satisfaisante malgré la maladie
Rôle du patient	Souvent passif, récepteur de soins	Actif, maître de sa vie
Approche	Biologique, symptomatique	Holistique (incluant la vie sociale, les émotions, les objectifs personnels)
Place du concept de «guérison» / absence de symptômes	Objectif ultime	Parfois inatteignable ou non désirée, la guérison n'est pas le seul but

Cahier de ressources 1:
Concepts et définitions du rétablissement



- **Le savoir expérientiel :**
  L'expérience vécue et le savoir expérientiel ne sont pas synonymes. La première est un matériau brut, subjectif et émotionnel, ancré dans une trajectoire singulière. Le second est le fruit de la transformation de ce matériau. Cette transformation comporte quatre volets :

1. La réflexivité consiste à prendre du recul sur son parcours pour en dégager ce qui est transposable ;
2. La formalisation permet de mettre en mots ce que l'on a compris de l'intérieur et de le faire dialoguer avec les savoirs cliniques et scientifiques ;
3. La transposition revient à mobiliser ce savoir au service d'autrui sans le confondre avec sa propre histoire ;
4. La validation collective correspond à la reconnaissance de ce savoir par un groupe de pairs, une équipe pluridisciplinaire, une institution, un groupe professionnel, voire un État. C'est cette reconnaissance qui confère au savoir expérientiel une légitimité dépassant le seul récit individuel.

Une clarification

D'innombrables pratiques sont assimilées, à tort ou à raison, à des formes de pair-aidance : solidarité entre individus, entraide autogérée, auto-support, voire prestations de services d'associations d'usagers. Selon le contexte, cette pair-aidance est dite naturelle, spontanée, formelle, instituée… ou encore professionnelle (le travail pair).

Ce guide n'a pas pour vocation de rendre compte de la richesse de la pair-aidance et encore moins d'en arrêter une typologie. Il se concentre sur une seule modalité, encore trop peu développée : une pair-aidance

spécifique aux addictions, salariée et ancrée dans les institutions de soins.

Ce choix découle de notre conviction que la pair-aidance professionnelle constituera un apport essentiel aux prises en charge addictologiques de demain et qu'elle mérite, à ce titre, d'être soutenue et développée.

Nous savons que le chemin est encore long avant que ce nouveau métier soit pleinement reconnu. Avec ce guide, nous espérons contribuer à accélérer cette reconnaissance et apporter notre pierre à l'édifice de la professionnalisation du métier de pair-aidant en addictions.



Qu'est-ce qu'un pair-aidant en addictions (PAA) et quelles sont ses tâches ?

Définition de base

Les pairs-aidants en addictions (PAA) sont des professionnels ayant une expérience vécue de la consommation problématique, du changement de comportement et du rétablissement. Ils offrent un éventail de soutiens visant à améliorer l'expérience thérapeutique des personnes confrontées à des consommations problématiques, ainsi que leur capacité à poursuivre leur parcours de rétablissement que ce soit avant, pendant ou après le traitement.[1]

1 Définition reprise en quasi-totalité à la SAMHSA **[3, p. xii]**

Exemples de tâches réalisées par les PAA

- **Auprès des usagers :**
  Soutenir individuellement la motivation au changement ; orienter vers les aides existantes ; accompagner dans des démarches de réinsertion sociale ; animer des groupes d'entraide ; défendre les intérêts des personnes en rétablissement.

- **Auprès des équipes :**
  Participer aux colloques interdisciplinaires ; améliorer la communication avec les usagers grâce à l'expérience partagée (médiation/traduction) ; apporter une perspective unique sur les situations.

- **Auprès des proches :**
  Offrir éducation et information ; fournir un soutien émotionnel.

Fonctions principales

Les PAA remplissent deux fonctions principales [3] :

1. **Apporter un soutien au rétablissement** des personnes confrontées à une consommation problématique ;

2. **Contribuer à développer ou renforcer la communauté de rétablissement**, en établissant des liens et en collaborant avec les organisations et services locaux.

Quatre types de soutien apporté au rétablissement

- **Soutien émotionnel :**
  Empathie ; bienveillance ; sollicitude pour favoriser l'estime de soi et la confiance.

- **Soutien informationnel :**
  Partage de connaissances ; acquisition de compétences pratiques.

- **Soutien instrumental :**
  Aide pratique (transport, logement, nourriture, vêtements).

- **Soutien relationnel :**
  Mise en contact avec d'autres personnes en rétablissement, dans le cadre d'activités sociales de manière à renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, réduire l'autostigmatisation et le sentiment d'isolement.

Rôles

En plus du soutien au rétablissement, les PAA peuvent être amenés à exercer les rôles professionnels suivants : modèle (servir de modèle) ; éducateur (partager ses connaissances) ; accompagnateur/guide (orienter et/ou mettre en lien les personnes avec des ressources communautaires) ; facilitateur d'engagement (dans le traitement) ; défenseur des droits (plaidoyer et advocacy) ; travailleur de proximité **[3, p. 18–27]**.

Complémentarité avec l'équipe

Les PAA complètent — et ne remplacent pas — les pratiques des autres acteurs du soin. En effet, un de leurs apports essentiels est de rétablir la confiance entre les patients/usagers et les professionnels de santé **[4]**, **[5]**, **[6]**. Par ailleurs, ils réalisent des tâches qui ne sont pas, ou moins, accomplies par les équipes, comme accompagner des patients/usagers à leurs rendez-vous médicaux, à leur première réunion de groupe d'entraide. Enfin, ils s'appuient sur leur savoir expérientiel, alors que les professionnels non pairs mobilisent leur expertise technique.

Points d'attention

L'un des plus grands défis pour les PAA est le manque de clarté de rôle[2] **[3, p. 29]**, **[7]**. Celui-ci peut conduire à : a) une confusion de rôle (p. ex. le PAA est considéré par l'équipe comme un patient/usager et non pas comme un collègue) ; b) une dérive de rôle (p. ex. le PAA fournit un diagnostic médical à un patient/usager) ; c) une tension de rôle (p. ex. une charge de travail trop importante reliée, par exemple, à des situations de crise à gérer).

→ Une **description de poste clairement rédigée**, avec des fonctions et compétences concrètes, contribue à la clarté de rôle **[7]**.

→ La **supervision** et l'**intervision** sont des éléments indispensables à la clarté de rôle et à une division du travail optimale entre PAA et le reste du personnel **[3, p. 132]**, **[8]**.

2 La clarté de rôle est la compréhension précise par un employé de ses tâches, responsabilités, et objectifs, ainsi que la manière dont son travail s'aligne avec celui de l'équipe.

➔ Les administrateurs de programme peuvent réduire la confusion et la dérive de rôle en sensibilisant et s'assurant que **tout le personnel comprend les rôles, les connaissances, les valeurs et les compétences des pairs** **[9]**.

➔ La **certification des pairs**, les **codes d'éthique**, ainsi que les **lignes directrices organisationnelles**, peuvent aussi aider à réduire la confusion de rôle en clarifiant la position du pair pour l'ensemble de l'organisation **[3, p. 30]**, **[9]**.

Cahier de ressources 2 :
Milieux de travail et exemples de tâches des pairs-aidants en addictions (PAA)



« Un élément central du travail de pair est de vivre et de transmettre le concept de rétablissement. Ce concept est synonyme d'espoir, d'autodétermination et de responsabilité personnelle, indépendamment du diagnostic ou de la durée de la maladie. Les pairs contribuent de manière décisive à ce que la notion de rétablissement ne soit pas seulement vécue par eux-mêmes, mais aussi ancrée dans le quotidien de la clinique. Nous transmettons activement ce concept, le mettons en pratique et encourageons la réflexion au sein de l'équipe. C'est l'une des contributions les plus précieuses des pairs dans les institutions. »

S.
Accompagnateur
au rétablissement chez EX-IN

« J'accompagne la personne depuis là où elle se trouve sur son parcours de rétablissement. Par exemple, je ne vais pas la pousser à l'abstinence si cela ne fait pas sens pour elle-même, même si c'est ce qui a fonctionné pour mon propre rétablissement. »

T.
Pair-praticienne
en santé mentale



Pourquoi embaucher un pair-aidant en addictions (PAA) ?

En bref

Les bénéfices de la pair-aidance en addictions sont aujourd'hui bien documentés[3] et se déploient à plusieurs niveaux : pour les patients et usagers d'abord, avec des effets mesurables sur leur parcours de soins. Pour les équipes soignantes, qui bénéficient d'un regard complémentaire et d'une meilleure alliance thérapeutique. Pour l'institution dans son ensemble, qui gagne en cohérence et en innovation. Et, plus largement, en réponse aux enjeux actuels du secteur sociosanitaire.

3 Les références sont issues du TIP 64 de la SAMHSA **[3, p. 3–4 ; 94–101]**, d'une *scoping review* rédigée pour le projet Hôpital et Addictions **[10, p. 12–24]** et d'un survol des principales revues de la littérature **(voir cahier de ressources 10 : Bibliographies)**. N.B. L'immense majorité des articles étant publiés dans des revues médicales, les apports documentés (données probantes) portant sur des dimensions sociales sont rares et sous-représentées ici.

Valeur ajoutée pour les patients/usagers

- Augmentation de la motivation et de l'engagement en traitement ; augmentation du taux de rétention en traitement ; meilleure adhésion aux plans de traitement **[3, p. 3]**, **[11]**, **[12]**, **[13]**, **[14]**.
- Amélioration des relations avec les prestataires de soins **[15]**, **[16]**.
- Amélioration des relations avec les proches et les soutiens sociaux **[15]**, **[17]**, **[18]**, **[19]**.
- Augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (*self-efficacy*) **[12]**, **[17]**.
- Amélioration des transitions entre les différentes étapes du continuum de soins **[13]**.
- Augmentation de la stabilité en matière de logement, d'emploi et d'éducation **[3, p. 99]**.
- Diminution de la consommation de substances **[3, p. 99]**, **[21]**, **[22]**, **[23]**, **[24]**, **[25]**.
- Diminution des taux de surdose, en cas de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes **[26]**.
- Réduction de l'utilisation des services d'urgences **[24]** et des taux de réhospitalisations en lien avec les substances **[3, p. 99]**, **[27]**.
- Diminution du nombre de poursuites pénales **[25]**.

Bénéfices pour les équipes

- → Apport de la perspective du vécu expérientiel dans les discussions et réunions d'équipe **[3, p. 3]**.
- → Réduction de la stigmatisation au sein de l'équipe de traitement envers les personnes ayant un historique d'usage de substances **[3, p. 4]**.
- → Amélioration de la communication avec les participants au programme grâce à la capacité des pairs à établir un lien de confiance et à « parler le même langage » **[3, p. 4]**.
- → Désamorçage des situations difficiles et réduction de l'angoisse du personnel (milieu hospitalier) **[4]**.
- → Meilleure compréhension des patients et ajustement des pratiques (milieu hospitalier) **[4]**, **[28]**.
- → Vision plus nuancée et spécifique de l'accompagnement.
- → Amélioration de l'alliance thérapeutique.
- → Enrichissement des dynamiques d'équipe et développement d'une culture de collaboration et d'ouverture.

Apports aux institutions

- → Élargissement et enrichissement de l'offre de services **[3, p. 3]**.

- → Adoption d'une approche plus centrée sur la personne **[3, p. 3]**.
- → Augmentation de la visibilité du programme ou de l'institution dans la communauté et renforcement des liens avec les partenaires orienteurs **[3, p. 100]**.
- → Aide à surmonter le fonctionnement en silo en créant des ponts entre les différents services hospitaliers **[29]**, **[30]**.
- → Identification des problèmes organisationnels (milieu hospitalier) **[4]**.
- → Remise en question constructive créant un environnement plus inclusif et innovant au bénéfice de l'ensemble de l'institution.

Autres plus-values

- **Alignement avec les politiques de santé :**
  Le recours à la pair-aidance est aujourd'hui soutenu tant au niveau national qu'international. L'OFAS encourage l'intégration du savoir expérientiel pour être au plus près des besoins des usagers **[31]**, l'OFSP en fait un axe majeur de son concept de soutien à l'autogestion **[32]**, et l'OMS affirme que les pairs-aidants « complètent les services officiels et sont indispensables pour garantir un environnement bénéfique aux personnes ayant des problèmes de santé mentale » **[32]**.
- **Innovation institutionnelle :**
  L'intégration de PAA permet à la structure qui les embauche de traduire en actes ses paroles sur l'inclusivité ou la participation. Elle la positionne comme innovante dans son approche thérapeu-

tique et engagée dans l'évolution des pratiques professionnelles.

Points d'attention

→ L'engagement de pairs-aidants ne devrait jamais constituer le premier pas d'une réorientation institutionnelle vers le modèle du rétablissement.

→ En effet, l'adoption d'un modèle de rétablissement nécessite plus que de simplement ajouter des pairs aux processus de traitement existants **[33]**. Il s'agit d'un changement culturel majeur qui doit être porté par l'ensemble du personnel, à tous les échelons hiérarchiques, et qui ne saurait relever d'un seul acteur.

Cahier de ressources 4 :
Apports et bénéfices des services de soutien par les pairs (SSP) et de la pair-aidance en addictions



« C'était une évidence : engager une pair-aidante au sein de notre équipe, c'est manifester notre besoin viscéral de valoriser les compétences acquises par l'expérience de vie, c'est donner du sens aux épreuves, servir d'exemple et inspirer les personnes que nous accompagnons (...) en mettant à leurs côtés des accompagnants qui ont traversé des épreuves semblables aux leurs. »

T.
Directeur d'une entreprise de réinsertion socioprofessionnelle en Suisse romande

« Nous employons aujourd'hui dix pairs-aidants (...), ils font partie intégrante de nos équipes interdisciplinaires et je pense que nos collaborateurs monteraient aux barricades si je supprimais des postes de pairs. Nous avons des collaborateurs qui ne sont pas du tout conscients qu'il n'est pas tout à fait normal que des pairs travaillent dans une institution. »

Dr I.
Directeur d'un hôpital psychiatrique en Suisse alémanique

« En tant que soignant, il nous manquait le regard d'une personne qui est passée par là, mais qui a aussi suffisamment de recul sur son expérience pour nous aider à mieux concevoir le point de vue et les difficultés des personnes que l'on accompagne. »

L.
Infirmier-chef d'un service d'addictologie en Suisse romande

« La “plus-value” du travail pair dans l’intervention médico-sociale est toujours fonction des contextes organisationnels, de la marge de manœuvre octroyée aux pairs, de leur condition statutaire ou précaire, de la clarté ou du flou de leurs missions, des outils dont ils disposent, des espaces qu’ils investissent et qu’on leur laisse investir. Bref, de la place, réelle et symbolique, qu’on leur fait et qu’ils se font, dans un dispositif organisationnel donné. »

L. Schweitzer
Chargée de mission auprès de la Plateforme pour la promotion et le développement du travail pair (France) **[34]**



Où et quand intégrer des pairs-aidants en addictions (PAA) ?

En bref

Les missions des PAA peuvent être adaptées au contexte et au fonctionnement de chaque institution, mais aussi avoir un impact à différents moments, tout au long du continuum de soins. Cette flexibilité est un atout majeur faisant de ces professionnels des personnes polyvalentes disposant de différents outils mobilisables selon les contextes et tout en restant complémentaires aux autres professionnels (non pairs).

Milieux de travail possibles

Les PAA peuvent exercer dans une grande diversité de *settings*/milieux professionnels.

- **Milieu hospitalier :**
  Services ambulatoires et stationnaires spécialisés en addictologie ; programmes de traitement par agonistes opioïdes (TAO) ; programmes de sevrage sous surveillance médicale ; autres services de médecine non spécialisés dans les addictions (p. ex. service des urgences, médecine interne).

- **Structures psychosociales :**
  Programmes résidentiels ; lieux d'hébergement ; centres d'accueil de jour (non médicalisés).

- **Structures communautaires :**
  Travail de proximité (*outreach*) ; maraudes et travail de rue.

- **Autres contextes :**
  Téléservices ; recherche et enseignement ; tables rondes et conférences ; projets de sensibilisation ou plaidoyer politique.

Moments dans le parcours de soins

Les PAA peuvent intervenir à différents moments clés du parcours de soins des personnes aux prises avec un TUS.

- **Avant le traitement :**
  Engagement dans le traitement (sensibilisation, travail de rue) ; soutien aux personnes sur listes d'attente ; accompagnement post-urgence (p. ex. en cas de surdose).

- **Pendant le traitement :**
  Aide à l'admission et présentation du concept de rétablissement ; accompagnement individuel continu ; animation de groupes d'entraide ; soutien lors des activités hors unité.

- **Après le traitement :**
  Organisation d'activités sociales sans substance ; mise en relation avec des groupes d'entraide ; suivi à long terme pour prévenir les rechutes.

Points d'attention

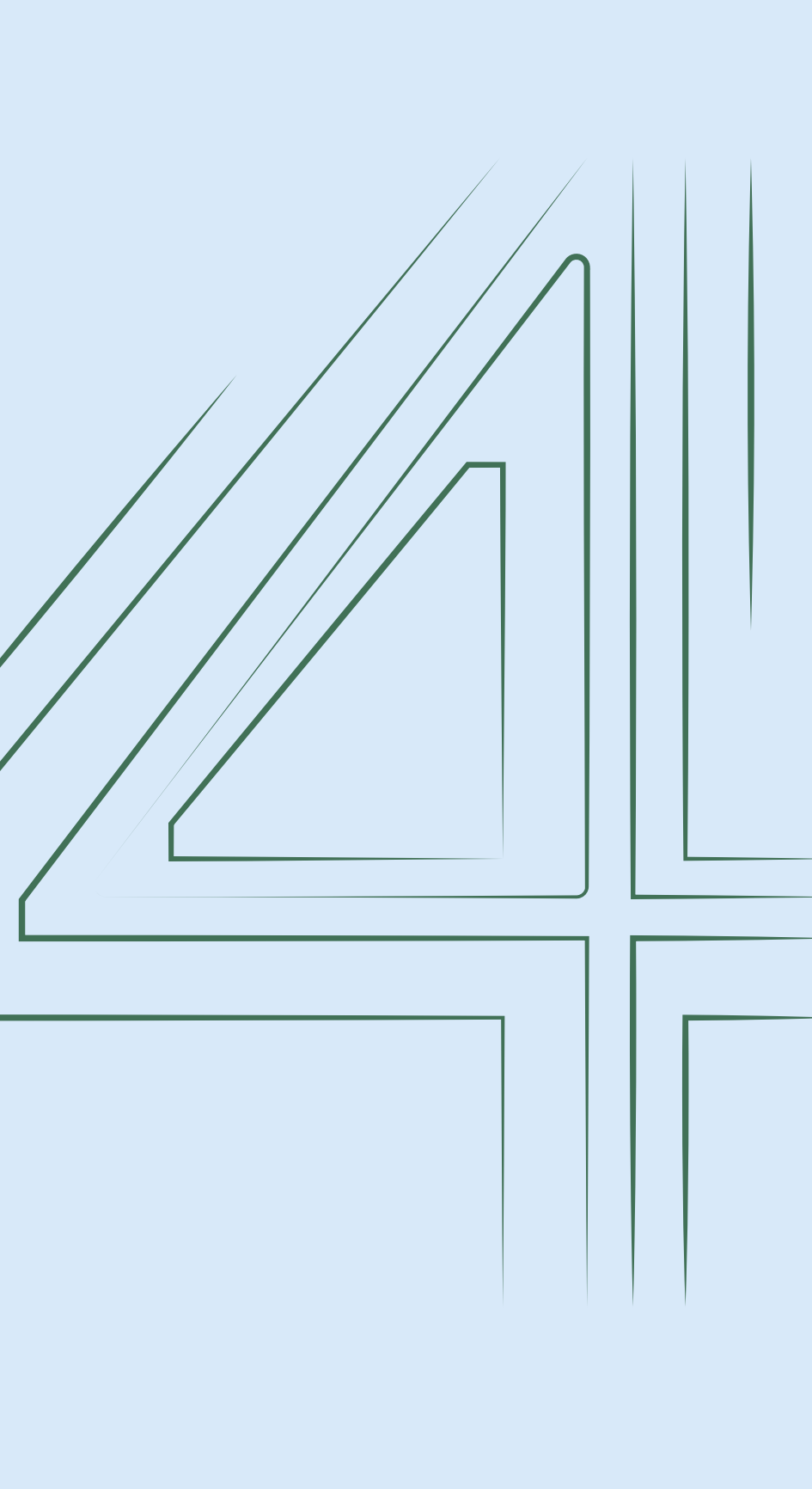
→ **En milieu hospitalier :**
Nécessite une grande clarté hiérarchique et un soutien managérial régulier ; vigilance sur les risques d'épuisement (rythme soutenu) ; importance d'une communication transparente.

→ **En institution psychosociale :**
Temporalité plus longue permettant un accompagnement individualisé ; risque de surinvestissement à surveiller ; flexibilité pour coconstruire les modalités d'intervention.

→ **En structures communautaires :**
Forte exigence d'autonomie et flexibilité ; contextes sociaux parfois difficiles (p. ex. dans le travail d'*outreach*) pouvant requérir un accompagnement renforcé ; importance du travail en binôme et du réseau de pairs.

Cahier de ressources 2 :
Milieux de travail et exemples de tâches des pairs-aidants en addictions (PAA)





Comment mettre en place la pair-aidance au sein de votre institution ?

En bref

La constitution d'un service de soutien par les pairs (SSP) ou l'intégration réussie d'un pair-aidant en addictions (PAA) au sein d'une institution ne s'improvise pas : elle s'inscrit dans un processus structuré, qui s'étend en amont et en aval du recrutement.

Les étapes présentées ci-dessous s'appuient sur les expériences de terrain et la littérature disponible. Elles forment un cadre de référence pratique, que votre institution peut mettre en œuvre de manière autonome (grâce aux ressources en ligne mises à disposition) ou avec l'accompagnement d'un organisme spécialisé **(voir pt 9 – Contacts)**.

Avant le recrutement (conditions préalables)

Les idées reçues, les représentations autour de l'intégration des pairs-aidants professionnels dans les équipes et de leur cahier des charges sont nombreuses. Il est essentiel que les professionnels de l'institution et les membres de la direction puissent prendre le temps de travailler sur les éléments identifiés ci-dessous. Même si certaines informations seront amenées à être ajustées avec l'arrivée du PAA, il est important d'avoir ces bases clairement établies.

Comprendre et faire évoluer la culture institutionnelle (a)

→ **Engagement de la direction [3, p. 100–101]:**
L'introduction d'un PAA nécessite un engagement envers une orientation de rétablissement dans toute l'organisation, en commençant par le sommet **[35]**. Les administrateurs devraient être parmi les premiers et les plus forts promoteurs (champions) des PAA. Ils devraient développer des alliés précoces parmi le personnel non-pair et former un groupe de travail (GT) pour estimer les coûts réels et planifier le déploiement d'un SSP **[3, p. 101]**. L'intégration rapide d'un spécialiste du travail pair au GT permet d'identifier à l'avance tant les écueils que les outils éprouvés, et conduit à un gain d'efficacité.

→ **Évaluer la disposition organisationnelle et l'attitude du personnel:**
Avant d'embaucher des PAA, le leadership devrait conduire une évaluation de la disposition organisationnelle et des connaissances et attitudes du personnel existant à l'égard de la pair-aidance / du rétablissement **[3, p. 102], [36], [37]**. En cas d'évaluation négative, il est nécessaire de travailler et de réévaluer ces aspects, quitte à devoir reporter

l'introduction d'un poste de PAA à une autre année comptable.

Cahier de ressources 5 :
Pratiques conseillées et outils pour la planification d'un service de soutien par les pairs (SSP) et l'embauche de pairs-aidants en addictions (PAA)



- **Définir un cadre de travail clair (b)**

→ **Cartographier le flux de travail :**
Les responsables devraient cartographier les flux de travail actuel d'admission et de prestation de services pour déterminer comment les pairs s'intégreront et quels changements seront nécessaires pour le personnel existant **[3, p. 103]**, **[37]**. Cet exercice devrait s'accompagner d'une mise à jour des politiques et procédures utilisées (SMQ).

→ **Coconstruire un cahier des charges :**
La coconstruction d'une fiche de fonction et/ou d'un cahier des charges avec les membres de l'équipe (éventuellement avec des patients/usagers), permet de clarifier les rôles et périmètres d'action de chacun, réduisant les risques de confusion, les craintes ou les attentes irréalistes à l'égard du pair-aidant **[38, p. 19–22]**. En principe, ce travail débouche sur une plus grande acceptation de cette nouvelle fonction de la part des équipes.

→ **Établir un cadre de référence :**
Un cadre de référence (p. ex. une charte éthique) qui explicite les comportements à adopter avec les usagers/patients, les situations qui doivent être signalées à son superviseur ou encore les règles de confidentialité peut compléter utilement le cahier des charges et/ou une charte institutionnelle muette sur ces points importants **[3, p. 54–55]**, **[39, p. 53]**.

→ **Clarifier le traitement de l'information :**
Il est utile de préciser les modalités de communication avec les équipes (p. ex. : canaux de transmission de l'information, intégration aux colloques d'équipe) ainsi les exigences en matière de documentation à l'égard des PAA (p. ex. contenu des notes lors d'entretiens avec les patients/usagers). L'accès au dossier du patient (en lecture/écriture) peut, selon le contexte institutionnel, s'avérer délicat. Il est important de clarifier cette question, car la transmission d'informations est au centre du travail collaboratif.

Cahier de ressources 8 :
Descriptions de poste, cahiers des charges et exemples de contrats de travail de pairs-aidants en addictions (PAA)



Préciser l'encadrement et les modalités de rattachement à l'institution (c)

→ **Clarifier l'encadrement :**
Il est important d'inclure les PAA à l'organigramme et d'identifier suffisamment tôt les différents référents du PAA au sein de l'organisation, leur fonction (p. ex. chef hiérarchique, coach, superviseur) et la fréquence de leurs rencontres. En l'absence de ressources internes (p. ex. d'un superviseur formé au travail avec les pairs), la structure ne doit pas hésiter à faire appel à un mandataire extérieur.

Trois modèles de rattachement institutionnel des PAA existent actuellement en Suisse :

– **Intégration directe (CDI et CDD) :**
Les PAA sont rattachés à l'équipe dans laquelle ils œuvrent et dépendent du responsable de cette équipe. Cette modalité peut s'avérer délicate, lorsque le responsable n'adhère pas suffisamment au modèle du rétablissement ou ne comprend pas la spécificité du travail des pairs.

– **Unité dédiée aux pairs (CDI et CDD) :**
Certaines institutions qui emploient plusieurs pairs ont une unité dédiée avec à leur tête un *Peer-leader* qui négocie avec les autres chefs d'unité les missions des PAA et sert d'interlocuteur en cas de difficultés. Le rattachement à une structure de ce type comporte de nombreux avantages pour les PAA, dont la possibilité d'évoluer professionnellement.

– **Autres (location de services et mandat de prestations) :**
Pour faciliter la gestion administrative et RH, il est possible de faire appel à une agence de placement pour salarier les PAA. Il est aussi possible de mandater directement un PAA qui conserve son statut de travailleur indépendant, voire de s'adresser à une association de pairs qui salarierait elle-même ses

membres. À noter que ces configurations peuvent empêcher l'accès au dossier des patients, voire aux outils de communication interne réservés aux seuls employés.

Préparer l'environnement de travail (d)

→ **Sensibiliser/former les équipes :**
Le personnel non-pair devrait être formé/sensibilisé aux différents sujets liés aux services de soutien par les pairs (SSP), avant que l'organisation n'introduise un poste de PAA **[40]**. Le contenu des formations gagne à être déterminé à partir d'une évaluation préalable des connaissances et attitudes du personnel **(pt a)**. Il est essentiel que les employés qui travailleront directement avec les PAA comprennent parfaitement bien les rôles et l'apport de ces derniers. Une connaissance du modèle du rétablissement et de la notion de pair-aidance est, dans tous les cas, indispensable.

→ **Intégrer des stagiaires :**
La création d'une place de stage pour un stagiaire PPSM/EX-IN[4], offre l'opportunité aux administrateurs de se familiariser avec le milieu de la pair-aidance professionnelle (enseignants, organisations) et peut contribuer à sensibiliser les équipes.

Cahier de ressources 5 :
Pratiques conseillées et outils pour la planification d'un service de soutien par les pairs (SSP) et l'embauche de pairs-aidants en addictions (PAA)

4 Pour la terminologie, **voir pt 8**

Lors du recrutement

Étapes clés :

1. Élaborer un appel à candidatures valorisant la dimension expérientielle ;
2. Prévoir des entretiens adaptés, favorisant l'expression sur la posture et la motivation ;
3. Proposer une mise en situation pour évaluer les capacités d'interaction.

Cahier de ressources 6 :
Pratiques conseillées et outils pour le recrutement de pairs-aidants en addictions (PAA)



Après le recrutement

Assurer un accompagnement continu (e)

→ **Jumelage :**
Afin de mieux comprendre les différents rôles et flux de travail du programme, les nouveaux pairs devraient débuter leur activité en faisant du jumelage professionnel avec les membres de l'équipe de soins **[3, p. 112]**, **[41]**.

→ **Mentor/Coach :**
Une personne ayant déjà exercé le rôle de pair peut coacher les PAA en leur fournissant des conseils réguliers.

→ **Supervisions régulières :**
Différentes façons d'organiser la supervision sont possibles, mais la nécessité qu'elle soit régulière fait l'unanimité **[4]**, **[42]**, **[43]**, **[44]**. Parce que la supervision permet notamment d'établir la clarté de rôle, celle-ci est une composante obligatoire de tout programme incluant des pairs-aidants. Notons qu'elle ne peut pas être une simple copie de ce qui se fait pour le personnel non pair. La mise en place de supervisions régulières et adaptées avec les membres de l'équipe et entre pairs (intervision) permet d'offrir un espace de recul, d'expression et de soutien face aux défis rencontrés dans le quotidien professionnel (voir : **[45]**, **[46]**, **[47]**, **[48]**, **[49]**, **[50]**, **[51]**, **[52]**).

→ **Formation continue :**
Proposer des formations continues et des espaces d'intervision (avec les membres de l'équipe ET avec ses pairs) favorise le développement des compétences, le partage d'expériences et la consolidation de la posture professionnelle.

→ **Participation aux colloques :**
La participation des PAA aux réunions d'équipes de synthèse (p. ex. colloque hebdomadaire) n'est pas optionnelle. Les PAA ne doivent pas fonctionner seuls de leur côté.

→ **Informer les patients/usagers :**
Les PAA doivent être clairement identifiés/identifiables par les patients/usagers. Cela peut se faire à l'aide de flyers, de présentations routinières (lors du colloque du matin) ou encore, selon le contexte, à l'aide de signes distinctifs (badge, code couleur de tenue, etc.).

- **Valoriser et légitimer le rôle (f)**

→ **Reconnaissance concrète :**
Rémunération adaptée et équitable **(voir pt 6)**; accès aux outils institutionnels ; participation aux formations internes.

→ **Perspectives d'évolution de carrière :**
L'établissement d'un plan de carrière clair, avec augmentation des qualifications, responsabilités et rémunérations à chaque niveau est recommandé.

Exemple : possibilité d'encadrer d'autres PAA, animation de supervisions, implication stratégique dans l'institution, voire présence à certaine rencontre des membres de direction (pour porter la voix des patients/usagers)

Cahier de ressources 7 :
Pratiques conseillées pour un service pérenne de soutien par les pairs (SSP) et une intégration réussie des pairs-aidants au sein des équipes



Points d'attention

→ Le déploiement dans les différentes organisations doit être accompagné, car il ne peut se faire que dans le cadre d'équipes ou d'institutions préparées et formées aux enjeux du rétablissement et de la pair-aidance.

- L'intégration d'un PAA implique une volonté institutionnelle affirmée, ainsi qu'une reconnaissance pleine et entière du savoir expérientiel comme une ressource professionnelle à part entière.

- Sans engagement envers les principes du rétablissement et sans intérêt minimal pour la pair-aidance, l'intégration d'un PAA est vouée à l'échec.

« La pair-aidance fonctionne mieux lorsque les pairs-aidants évoluent dans des environnements qui se sont déjà engagés envers les valeurs et les principes de rétablissement. Les pairs-aidants renforcent considérablement cet engagement envers le rétablissement ; cependant, la fonction ne devrait pas être utilisée pour introduire le rétablissement dans des environnements qui n'ont pas déjà un engagement envers les valeurs du rétablissement. »

Scottish Recovery Network **[53]**, cité par OMS **[54, p. 25]**



Qui recruter comme pair-aidant en addictions (PAA) ?

En bref

Identifier le bon profil pour un poste de pair-aidant en addictions (PAA) est une étape déterminante, mais elle se heurte d'emblée à une réalité du contexte suisse : la profession n'est pas réglementée. En l'absence de cadre légal unifié et de titre protégé, les institutions se trouvent face à une diversité de profils et de parcours, sans critères formels pour les évaluer.

Pourtant, certains repères permettent d'orienter le recrutement, tels que : la solidité du parcours de rétablissement, les compétences relationnelles et professionnelles, ainsi que les formations et certifications disponibles.

Un métier non protégé

Actuellement, en Suisse, la professionnalisation du métier de pair-aidant en addictions n'en est qu'à ses débuts. Il en est de même, plus globalement, pour le métier de «pair-aidant professionnel» qui, contrairement à d'autres professions de la santé régies par la Loi sur les professions de la psychologie (LPsy, RS 935.81) ou la Loi sur les professions médicales (LPMéd, RS 811.11), n'est pas réglementé au niveau fédéral.[5]

Cela a comme conséquences que 1) n'importe qui peut se présenter – même sans certification – comme pair-aidant professionnel (respectivement un PAA); 2) Les hôpitaux ou institutions choisissent librement d'engager une personne certifiée ou non; 3) Le salaire dépend soit des grilles salariales de l'institution, soit, dans le privé, de la capacité de négociation de la personne.

Les certifications PPSM / EX-IN Schweiz

En l'absence de cadres légal ou professionnel qui réglementeraient l'exercice de la pair-aidance en addictions, il est difficile pour un futur employeur de distinguer le praticien qualifié, d'autres candidats moins aptes à exercer le rôle de PAA.

Une manière possible de réduire l'incertitude quant à l'employabilité du futur PAA est d'être attentif aux candidatures de personnes ayant obtenu en Suisse «le certificat de pair·e praticien·ne en santé mentale» (PPSM) ou celui de «EX-IN Genesungsbegleiter*in»

5 Certaines lois cantonales pourraient théoriquement encadrer la profession (par exemple la Loi sur la santé publique vaudoise), mais à ce jour, aucune loi cantonale ne mentionne explicitement les pairs-aidants. Ce travail de reconnaissance est porté par plusieurs organisations romandes tel que Re-pairs, la Coraasp et national comme l'association Suisse des travailleurs pairs.

(son homologue alémanique, littéralement : accompagnateur·trice de rétablissement).[6]

➔ Ces certifications exigeantes (environ 40 jours de formations et 150 heures de stage) garantissent une réflexivité des candidats sur leur histoire vécue, une transformation de celle-ci en savoir expérientiel (transposable à d'autres situations/personnes), ainsi que l'acquisition de connaissances, de compétences et de techniques professionnelles (par exemple, initiation à la psychopathologie, à l'entretien motivationnel, au rôle et à la fonction des pairs, aux techniques d'animation de groupe, etc.).

➔ Ces formations n'abordent toutefois que brièvement les spécificités des addictions et, selon les rôles dévolus aux PAA, d'autres formations complémentaires peuvent s'avérer utiles (p. ex. modèle transthéorique du changement, effets des différentes classes de substance psychoactive, etc.).

N.B. D'autres profils de personnes qui n'ont pas obtenu ces certifications, mais qui sont capables de travailler en équipe et qui ont transformé leur expérience vécue des addictions en savoirs transmissibles, sont bien évidemment éligibles à un poste de PAA.

Un parcours de rétablissement stabilisé

Il est essentiel de s'assurer que la personne candidate dispose d'un parcours de rétablissement stabilisé et suffisamment consolidé, afin qu'elle puisse accompagner d'autres personnes sans mettre en péril sa propre

6 D'autres certifications, obtenues à l'étranger, peuvent jouer un rôle similaire. P. ex. : Médiateur·trice Santé-Pair (France), Expert·e du vécu / pair-aidant·e (Belgique), Pair aidant·e certifié·e (Canada), EX-IN Genesungsbegleiter·in (Allemagne).

santé. Parce qu'il n'existe pas de critères objectifs unanimement reconnus, les employeurs doivent s'en remettre à l'appréciation des candidats. En cas de doutes, ils peuvent toujours investiguer à l'aide de questions ouvertes quelques dimensions communes du rétablissement (p. ex. les liens sociaux, le logement, l'objectif de vie, la communauté, etc.).

Cahier de ressources 1:
Concepts et définitions du rétablissement



Compétences attendues

À ce jour, il n'existe pas de profil de compétences pour les PAA exerçant en Suisse.

Les futurs employeurs peuvent s'inspirer des compétences décrites dans d'autres juridictions (voir **[55]**, **[56]**, **[57]**, **[58]**, **[59]**, **[60]**, **[61]**, **[62]**).

En guise d'exemples, les domaines de compétences suivants sont souvent évoqués : mobilisation et partage de son vécu expérientiel ; communication interpersonnelle et écoute active ; incarnation de l'espoir et orientation rétablissement ; analyse de sa pratique professionnelle (réflexivité) ; travail d'équipe et collaboration multidisciplinaire ; empathie et non-jugement ; compréhension des limites professionnelles, éthiques et déontologiques ; identification du stress et autosoins.

Cahier de ressources 3 :
Rôles, compétences, connaissances, valeurs et attitudes des pairs-aidants en addictions (PAA)



Ils peuvent également survoler les sections consacrées aux compétences/exigences des nombreux exemples de cahiers des charges et descriptifs de poste qui accompagnent ce guide.

Cahier de ressources 8 :
Descriptions de poste, cahiers des charges et exemples de contrats de travail de pairs-aidants en addictions (PAA)



Formation continue

D'éventuelles lacunes constatées lors de l'entretien d'embauche par rapport aux rôles attendus peuvent, dans la plupart des cas, être compensées par de la formation continue. Par ailleurs, à l'instar de ce qui se fait pour les autres employés, il est important de donner du temps, voire de financer la formation continue des pairs – de manière à développer les compétences nécessaires à des redéfinitions de poste.

Points d'attention

→ **Embaucher plus d'un pair :**
Les programmes devraient essayer d'embaucher plus d'un pair. Avoir un seul pair isole potentiellement cette personne et pourrait mettre en péril la prestation, si cette personne ne devait pas convenir **[3, p. 107]**, **[63]**, **[64]**.

→ **Éviter les taux d'activité trop faibles :**
Ils diminuent les opportunités d'interagir avec le personnel non pair et les superviseurs, ce qui freine l'intégration des pairs aux équipes **[3, p. 139]**, **[36]**, **[65]**.

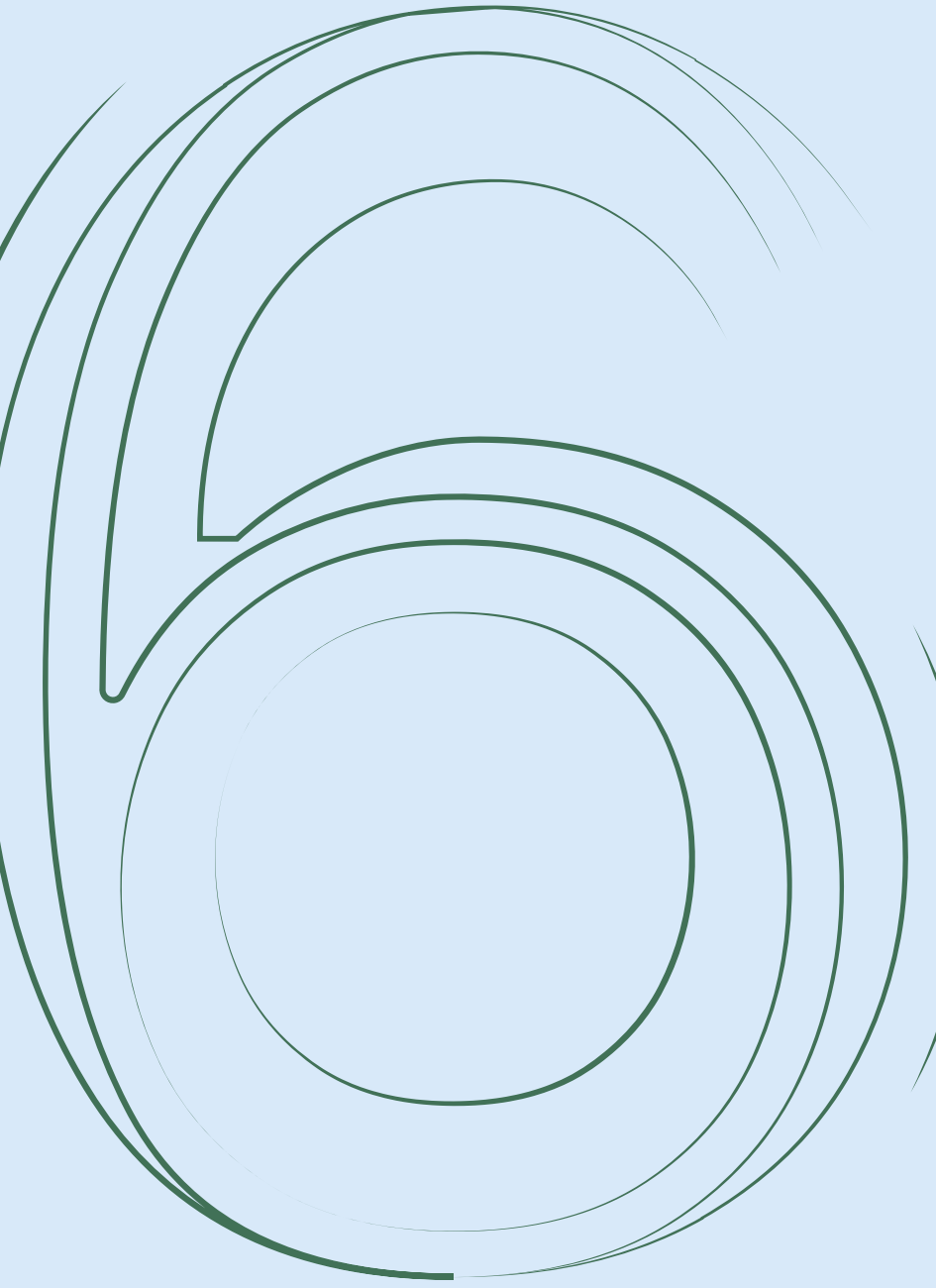
→ **Recruter des pairs ayant des profils diversifiés :**
Un programme devrait essayer de recruter des pairs qui partagent une expérience aussi similaire que possible avec les patients/usagers **[3, p. 107]**, **[66]**.

→ **Ne pas avoir peur des antécédents judiciaires :**
Des pairs ayant un passé judiciarisé (ce qui est fréquent en cas de consommation de substances psychoactives illégales) peuvent mieux comprendre et travailler avec des personnes en rétablissement ayant un passé similaire **[3, p. 107]**, **[66]**, **[67]**. À noter que l'existence d'un casier judiciaire peut proscrire tout engagement dans certaines institutions (para)étatiques.

→ **Se rappeler qu'il n'existe pas qu'un seul modèle de rétablissement :**
Un parcours de rétablissement stabilisé n'est pas forcément synonyme d'abstinence. Certaines personnes trouvent leur équilibre à travers la consommation contrôlée, d'autres s'appuient sur un traitement par agonistes opioïdes, les dernières se permettent un petit écart occasionnel.

→ **S'appuyer sur l'expertise d'un PAA lors du recrutement :**
L'intégration de PAA au processus de recrutement apporte un regard irremplaçable sur les candidats.

→ **Embauche d'anciens patients/usagers :**
Il n'y a pas de règle générale. Cela demande à être apprécié au cas par cas, essentiellement à partir du vécu de l'équipe avec cet ex-patient/usager.



Combien faut-il investir pour la création et la pérennisation d'un poste de PAA ?

En bref

Les coûts qui incombent à l'employeur d'un PAA ne se réduisent pas au salaire brut et aux charges patronales obligatoires, mais englobent également d'autres investissements indispensables au bon fonctionnement de ce nouveau poste.

Coûts salariaux

- **Pratiques conseillées :**
  Les employeurs devraient offrir un salaire équitable et des avantages sociaux similaires aux autres employés (p. ex. nombre de jours de congés payés). Ils devraient permettre le tra-

vail à temps plein, si souhaité et préférer embaucher moins de pairs, mais avec des conditions comparables à celles des autres employés plutôt que de multiplier les postes à temps partiel **[3, p. 108]**, **[66, p. 61]**.

➔ L'enclassement des pairs (échelle salariale) devrait être comparable à celle de postes ayant des qualifications ou des responsabilités similaires **[68]**. Or, bien souvent, les PAA sont engagés à l'échelon le plus bas de la grille salariale qui est utilisé pour les collaborateurs sans expérience ni formation professionnelle.

- Pour la Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique (CORAASP), le salaire minimum (salaire d'entrée) ne devrait pas se situer en-dessous de celui d'un assistant socio-éducatif (ASE) ou d'un assistant en soins et santé communautaire (ASCC), c'est-à-dire deux professions avec CFC.
- Dans certaines institutions psychosociales, il est possible pour l'employeur de prendre en compte la formation la plus élevée atteinte par le PAA et/ou de reconnaître certaines années d'expérience de vie comme «ancienneté» professionnelle (et de les comptabiliser comme annuités).
- Comme pour les autres employés, des formations complémentaires, en rapport avec la fonction occupée, devraient déboucher sur une augmentation salariale.

● **Évolution de carrière :**
Comme pour les autres employés, le salaire des PAA doit pouvoir évoluer selon l'expertise, les compétences, les années d'expérience et surtout les responsabilités confiées. Une classification possible pourrait-être :

---

1 PAA en formation (stagiaire PAA en cours de certification PPSM/EX-IN) ;

2 PAA (employé sans certification) ;

3 PAA certifié (employé certifié) ;

4 Peer-leader (PAA responsable d'autres pairs).

- **En cas de mandats :**
  La CORAASP recommande pour des PAA certifiés un salaire horaire se situant entre 90 et 150 CHF.

Autres coûts (indirects)

- **Supervision :**
  La supervision des pairs requiert du temps dédié et des ressources organisationnelles, incluant la supervision de groupe (habituellement hebdomadaire) et la supervision individuelle (régulièrement planifiée) **[3, p. 125–126]**.

- **Intervision :**
  La mise en réseau et la réflexion avec d'autres pairs occupant des fonctions similaires sont essentielles pour partager les défis, les bonnes pratiques et renforcer le sentiment d'appartenance professionnelle. Elle peut se faire en externe.

- **Formation continue :**
  La formation continue nécessite un engagement de ressources organisationnelles. Un programme peut aider ses pairs à se développer professionnellement en : octroyant du temps pour que les pairs plus expérimentés forment les moins expérimentés ; fournissant du temps payé pour que les pairs assistent aux formations ; subventionnant le coût de la formation continue des pairs ; tenant des sessions de formation sur des sujets d'intérêt mutuel avec pairs et personnel professionnel **[3, p. 114]**, **[40]**.

- **Transports et repas :**
  Parce qu'ils soutiennent les transitions et la création de lien avec la communauté, les PAA sont amenés à se déplacer fréquemment et à devoir prendre leur repas à l'extérieur.

- **Heures supplémentaires :**
  Parce ce que les PAA travaillent souvent en dehors des heures de bureau, les programmes doivent aussi prévoir les politiques et procédures concernant le paiement des heures supplémentaires, les horaires flexibles ou le temps compensatoire **[3, p. 108]**, **[66]**.

- **Petite caisse :**
  Prévoir des liquidités pour les menues dépenses afférentes aux activités du PAA avec les patients/usagers.

- **Participation aux colloques d'équipe :**
  À prendre en compte, surtout en cas de travail à temps partiel.

Coûts cachés

- **Coûts de planification et de mise en œuvre :**
  P. ex. production des descriptions de poste, des plans de supervision, des révisions de l'organigramme, des plans d'orientation et d'accueil (*onboarding*), etc. **[3, p. 101]**.

- **Sensibilisation/formation du personnel non pair :**
  La sensibilisation ou la formation du personnel non-pair au rétablissement et à la pair-aidance est une composante indispensable **[3, p. 105–106]**, **[40]**.

- **L'établissement d'un plan de carrière :**
  Afin d'augmenter la rétention des PAA, l'établissement d'un plan de carrière clair (avec augmentation des qualifications, responsabilités et rémuné-

rations à chaque niveau) est recommandé. À terme, cela a un coût **[3, p. 115]**, **[35]**, **[36]**, **[69]**, **[70]**.

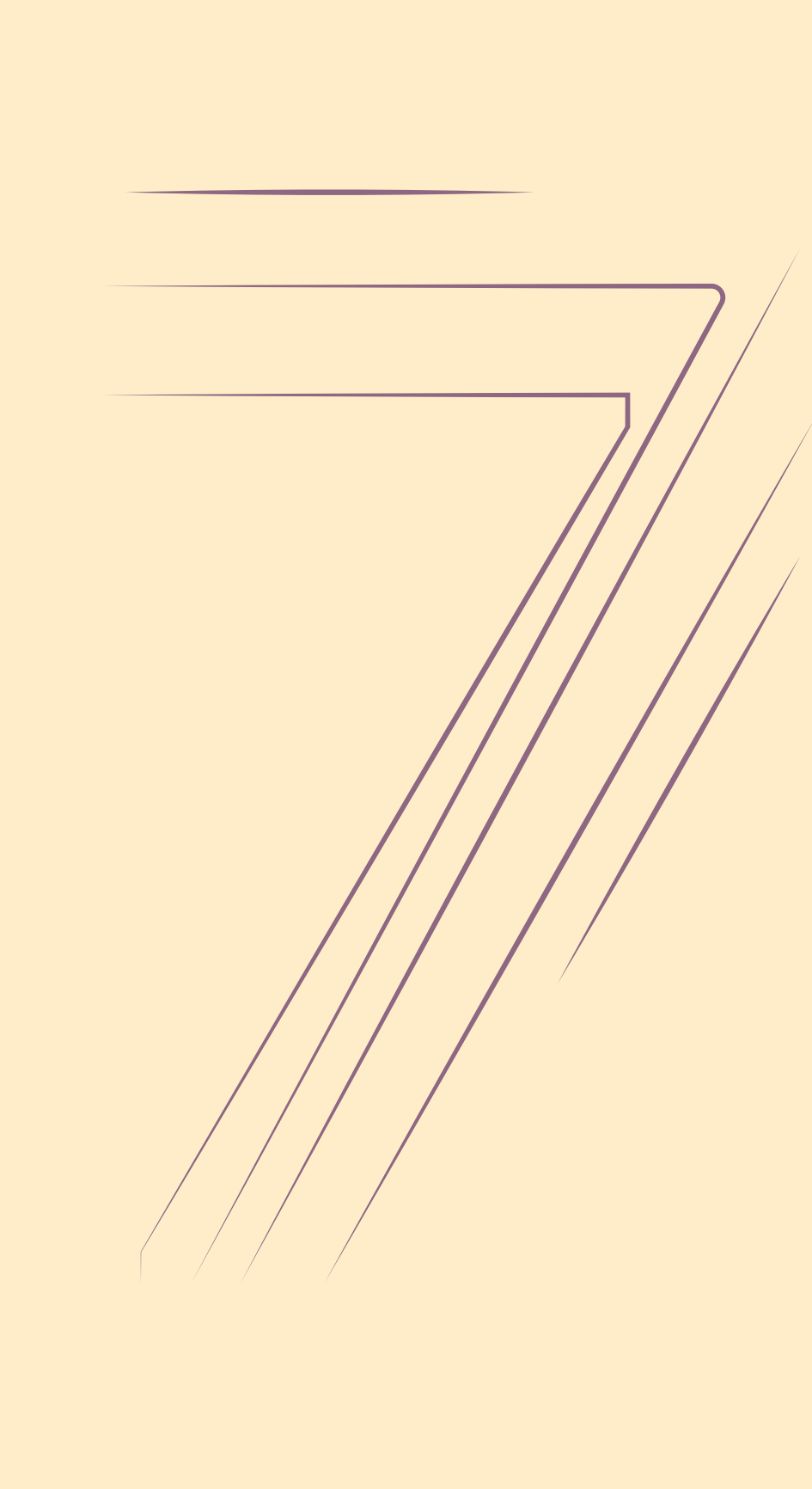
Points d'attention

→ **Les coûts indirects et les coûts cachés** — qui permettent d'assurer de bonnes conditions cadres au déploiement et à la pérennisation de la pair-aidance au sein d'une institution — doivent impérativement être pris en compte lors de la planification financière.

→ **Assurer des financements futurs :**
Dans une logique de redevabilité, les administrateurs devraient collecter et partager de manière proactive des informations démontrant la valeur du travail des PAA. Cela inclut : des métriques d'utilisation, des métriques de résultats, des sondages qualitatifs, voire du *storytelling* **[3, p. 117]**, **[64]**.

Cahier de ressources 5 :
Pratiques conseillées et outils pour la planification d'un service de soutien par les pairs (SSP) et l'embauche de pairs-aidants en addictions (PAA)





Check-list et calendrier d'implantation

Cette check-list — *adaptée de* Peer Recovery Center of Excellence **[71, p. 17–18]** — *offre un calendrier structuré pour guider les organisations dans la planification et la mise en œuvre d'un programme de services de soutien par les pairs (SSP). Elle couvre les étapes clés, de la préparation initiale jusqu'au suivi post-intégration.*

- **6 à 12 mois avant le lancement**
  - Créer un groupe de travail pour la mise en œuvre, incluant la direction, les parties prenantes clés (comprenant si possible les patients/usagers) et les responsables.
  - Prendre contact avec les organismes faîtiers, de soutien et/ou de formation en matière de pair-aidance pour identifier précocement les difficultés prévisibles et les ressources disponibles. Si c'est possible, les intégrer au groupe de travail.
  - Élaborer un plan de projet.
  - Prendre connaissance des ressources, boîtes à outils et formations appropriées qui permettront à l'organisation de mettre en œuvre un programme de pairs avec succès.
  - Évaluer la disposition organisationnelle, les connaissances et attitudes du personnel à l'égard de la pair-aidance et déterminer la pertinence de la mise en œuvre de services de soutien par les pairs.

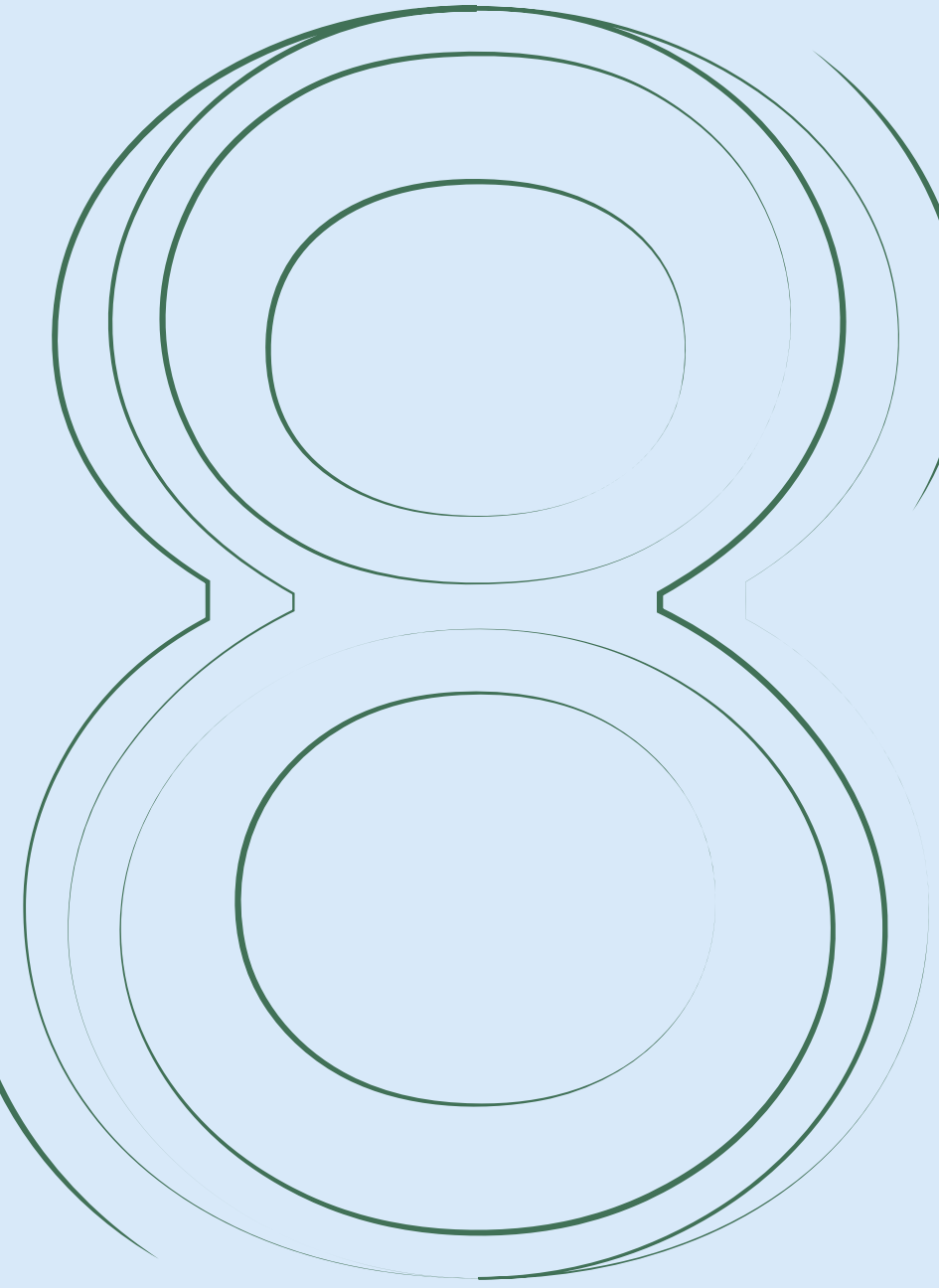
- Réaliser une revue complète des politiques et procédures organisationnelles et les mettre à jour pour qu'elles soient inclusives et favorables aux services de soutien par les pairs.
- Élaborer et créer des politiques et procédures spécifiques aux programmes de services de soutien par les pairs.
- Corédiger avec le personnel en place (de manière à créer de l'adhésion) les descriptions de postes et cahiers des charges du programme de soutien par les pairs.
- Rechercher des services de mentorat pour l'équipe responsable de l'intégration afin de fournir soutien et expertise tout au long du processus.
- Identifier les sources de financement et créer une planification financière pour soutenir le programme.

- **1 à 3 mois avant le lancement**
  - Former le personnel actuel et les parties prenantes concernées sur le modèle de soutien par les pairs.
  - Recruter des pairs-aidants en addictions (PAA) pour pourvoir les postes vacants du programme.
  - S'assurer de l'adhésion des parties prenantes, des partenaires et des dirigeants de l'organisation.
  - Établir tout protocole d'entente, contrat ou accord de partenariat nécessaire pour faciliter le lancement du programme et lever les obstacles à une intégration réussie.
  - Désigner un superviseur disposant de la formation et de l'expérience adéquates pour superviser les PAA.

- Élaborer un processus de formation et d'intégration pour les nouveaux PAA.

- **Les 90 premiers jours**
  - Accueillir et présenter les nouveaux PAA à l'équipe et aux collègues.
  - Passer en revue la description de poste et fournir une formation sur les tâches clés aux PAA.
  - Mettre en relation les nouveaux pairs aidants avec une supervision et/ou un mentorat approprié.
  - Présenter les PAA directement aux parties prenantes.
  - Établir des processus d'orientation (*onboarding*) appropriés pour les services de soutien par les pairs.
  - Intégrer les PAA dans les équipes organisationnelles.

- **6 à 12 mois après le lancement**
  - Inclure des discussions sur la qualité du travail et un soutien dans les domaines de développement lors des entretiens de supervision bidirectionnels.
  - Réviser les politiques et procédures pour garantir la conformité et l'adaptabilité au programme de soutien par les pairs.
  - Effectuer un suivi auprès des membres de l'équipe, des PAA et des parties prenantes pour évaluer l'efficacité du programme en discutant des réussites et des défis. Traiter les obstacles identifiés.
  - Réexaminer le soutien financier du programme et planifier sa pérennité.



Quelques spécificités suisses

Certifications EX-IN et PPSM

En Suisse, la première formation à la pair-aidance professionnalisée dans le domaine de la santé mentale a vu le jour entre Zurich et Berne à l'aube des années 2010 sous la houlette de la Fondation suisse Pro Mente Sana et de l'Association EX-IN Schweiz. Leur cursus de formation, baptisé *Experienced Involvement*, est issu du projet de recherche européen Leonardo-da-Vinci et couronné d'un diplôme reconnu dans plusieurs pays européens.

En Suisse romande, la première formation certifiante en tant que pair-praticien en santé mentale (PPSM) a vu le jour en 2013. Elle a été lancée conjointement par l'Association romande Pro Mente Sana, la CORAASP et la Haute École de travail social et de la santé de Lausanne (HETSL), qui héberge le cursus dans son

département de formation continue. Depuis 2018, l'Association re-pairs s'est jointe au partenariat et, dernièrement, la Haute École de Santé La Source est aussi devenue partenaire.

Actuellement, la formation de pair-praticien en santé mentale totalise presque 40 jours de cours répartis sur deux années, ainsi que 150 heures de stage obligatoire. Elle s'articule en deux parties :

→ **1re partie, intitulée « Découvrir les chemins du rétablissement » :**
Au cours de ces journées, les participants sont invités à revisiter leur parcours, à construire leur propre récit de rétablissement et à développer leurs ressources personnelles. Cette première partie constitue un prérequis pour suivre la 2e partie certifiante.

→ **2e partie :**
Ce cursus a lieu à la Haute École de Travail Social de Lausanne et vise à outiller les participants avec des compétences métier. Elle s'accompagne de 150 heures de stage.

N.B. Bien qu'une partie de la formation se déroule dans le cadre d'une HES, le certificat obtenu n'est pas l'équivalent d'un titre de Bachelor of Arts/Science (180 crédits ECTS dans le système de Bologne).

Aspects légaux et administratifs

Cofinancement des postes de PAA
Au regard des annexes de la circulaire sur les subventions aux organisations de l'aide privée aux personnes handicapées (CSOAPH)[7], les institu-

7 https://sozialversicherungen.admin.ch/fr/f/5659

tions sociothérapeutiques relevant de l'art. 74 LAI sont en droit de comptabiliser les prestations de conseil fournies par des travailleurs pairs «y c. par du conseil en groupe, courriel, SMS, les médias et les réseaux sociaux, téléphone» (Annexe 1, p1). Pour cela, elles doivent disposer d'un concept d'intégration des PAA au travail d'équipe et être à même de prouver qu'ils sont formés (diplôme ou curriculum vitae et/ou formation continue).

- **Confidentialité**

Les PAA sont soumis aux mêmes règles de confidentialité que les autres professionnels de la santé. Leur devoir de discrétion est encadré notamment par la Loi fédérale sur la protection des données (art. 62), les lois cantonales sur la protection des données et l'article 28 du Code civil (respect de la personnalité).

Concrètement, cela signifie qu'un PAA ne peut pas divulguer des informations apprises dans le cadre de son activité sans l'autorisation de la personne concernée (c'est la personne accompagnée qui décide si des informations peuvent être partagées au sein d'une équipe). Les échanges d'informations doivent servir uniquement l'objectif pour lequel l'autorisation a été donnée (par exemple, pas de discussion informelle ou débriefing hors cadre).

N.B. Le secret des pairs n'est pas protégé par le Code pénal (contrairement à celui des médecins, par exemple, art. 321 CP), sauf s'ils sont auxiliaires ou employés de l'État.

- **Assurance accidents et RC**

Les PAA sont assurés comme tous les autres travailleurs en Suisse, selon la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). La couverture peut être assurée soit par l'assurance-accidents obligatoire (LAA), soit parfois par l'assurance-maladie (LAMal).

L'employeur peut aussi souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle (RC)

pour couvrir d'éventuels dommages causés dans le cadre de l'activité.

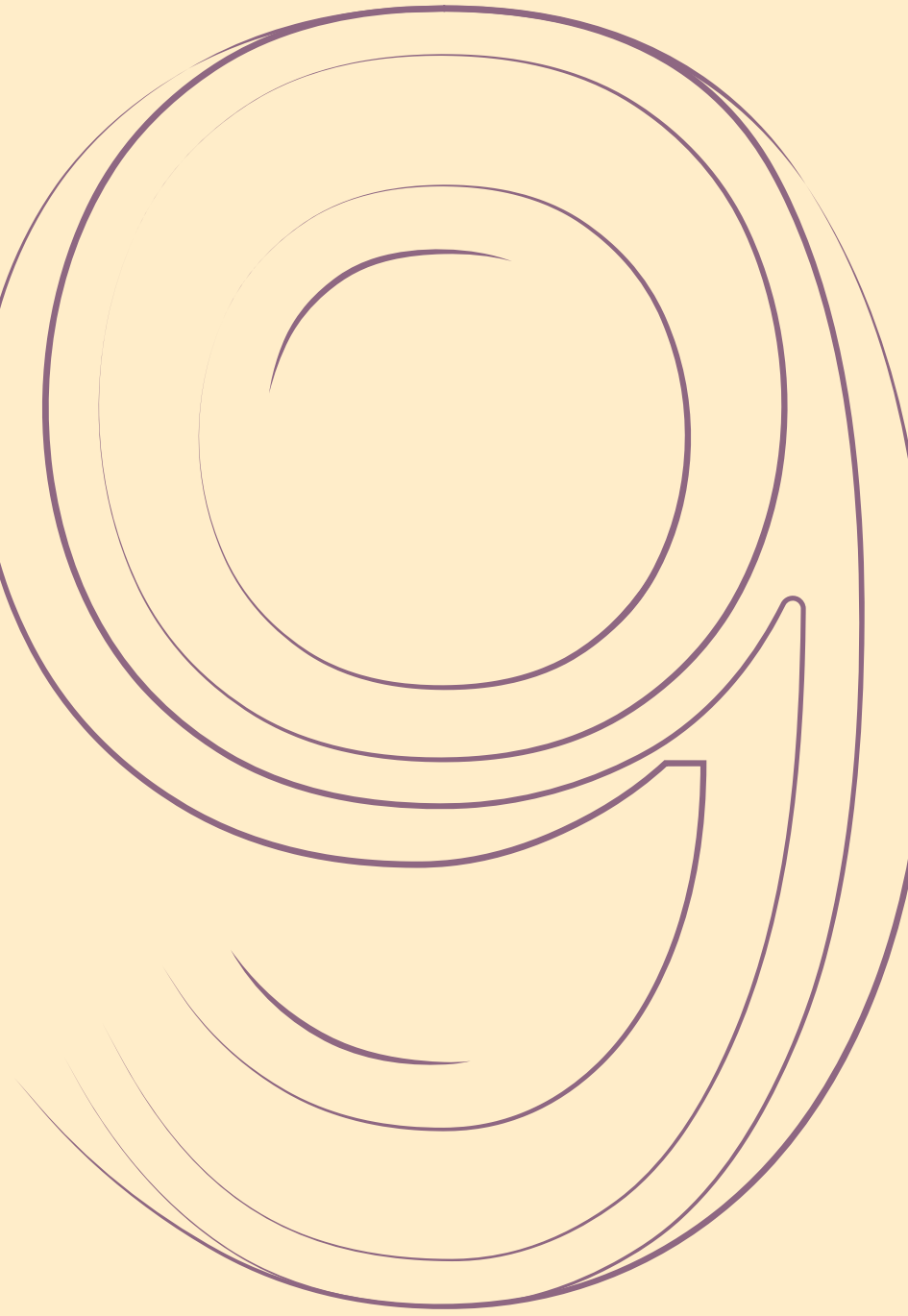
Assurances chômage, invalidité et aide sociale

→ **Projet de réinsertion professionnelle :**
Un emploi en tant que PAA peut parfois s'inscrire dans un projet de réinsertion professionnelle. Dans ce cas, des échanges doivent avoir lieu avec la personne référente/gestionnaire de l'assurance-invalidité (AI), du chômage ou du revenu d'insertion.

→ **Bénéficiaires AI :**
Certains PAA pourraient bénéficier d'une rente de l'AI. Il est essentiel de discuter en amont du taux d'activité envisagé afin d'éviter une perte involontaire de la rente ou des prestations complémentaires.

→ **Sécurité en cas d'échec du projet :**
Si la rente AI est réduite dans le cadre d'un projet de réinsertion, la personne dispose d'un délai de deux ans pendant lequel elle peut, si le projet ne s'avère pas viable, revenir à sa rente initiale.

N.B. Les assurances perte de gains ne prennent pas en charge l'arrêt de travail pour cause de maladie psychique si l'employé est au bénéfice d'une rente AI pour cause de maladie psychique. C'est à l'employeur de supporter cette charge; charge qui est toutefois limitée à 2 voire 3 mois selon les conventions collectives de travail. L'employeur est libre de prendre à sa charge plus longtemps l'absence du PAA pour maladie psychique.



- Spécialisation
- Prise en charge secondaire

Contacts (Suisse romande)

Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation

- **Centre de compétences de la Pair-Aidance en Santé Mentale (ComPASM) – CORAASP**

Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation
✓	✓✓	

Av. de la Gare 52, 1003 Lausanne
+41 21 311 02 95 (mardi et jeudi de 14 h à 16 h 45)
https://www.coraasp.ch/prestations-pair-aidance/compasm

- **Certificat de pair·e praticien·ne en santé mentale (PPSM)**

Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation
		✓

Formation à la pair-aidance professionnelle
En Suisse romande, la formation des PPSM est assurée par cinq partenaires : la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source (HEdS La Source), l'association romande Pro Mente Sana, Re-Pairs et la Coraasp **(voir pt 8)**
https://www.hetsl.ch/formation-continue/formations-certifiantes-hetsl/certificat-de-paire-praticienne-en-sante-mentale

	Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation
Collège de Rétablissement Genève			✓

+41 78 224 86 06
formations@recoverycollege.ch
https://www.recoverycollege.ch

EX-IN Pool — Pairs-aidants freelances	✓		

Grâce à la base de données EX-IN Pool (EX-IN Schweiz), il est aisé d'identifier des pairs disposés à exercer dans les cantons romands
https://www.ex-in-schweiz.ch/ex-in-pool

Faîtière suisse du travail pair | Dachverband Peerarbeit

Case postale 233, 3000 Berne
info@peer-dachverband.org
https://www.peer-dachverband.org

✓ Spécialisation

✓ Prise en charge secondaire

	Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation

- **Fondation de l'Orme**
  – Centre de compétences



			✓

Diverses formations autour du rétablissement
Chemin du Parc 2, 1024 Ecublens
+41 21 694 39 00
formations@lerotillon.ch
https://formations.fondationdelorme.ch

- **GREA**



			✓

Formation continue dans le domaine des conduites addictives
formation@grea.ch
https://grea.ch/la-formation-au-grea

- **Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL)**

			✓

→ *Certificat de pair·e praticien·ne en santé mentale (PPSM)*
Chemin des Abeilles 14, 1010 Lausanne
+41 21 651 62 00
formation.continue@hetsl.ch

	Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation
PairAddicto	✓		

Chemin de la Chanterie 13, 1950 Sion
+41 77 457 94 06
contact@pairaddicto.ch
https://pairaddicto.ch

Recovery College Addictions		✓	

Des formations brèves et gratuites sur les addictions données par un·e pair·e et un·e pro en binôme
https://retablissement.ch

Re-Pairs	✓✓	✓	

Chemin du Parc 2, 1024 Ecublens
info@re-pairs.ch
https://www.re-pairs.ch

✓ Spécialisation

✓✓ Prise en charge secondaire

	Accompagnement des institutions	Supervision et intervision	Formation
SYSTMD	✓	✓✓	

c/o Fondation de l'Orme,
Chemin du Parc 2, 1024 Ecublens
+41 79 835 09 55
contact@systmd.ch
https://systmd.ch

Weiterbildungszertifikat EX-IN Genesungsbegleiter*in			✓

Formation à la pair-aidance professionnelle
Verein EX-IN Schweiz
Case postale 240, 3027 Berne
weiterbildung@ex-in-schweiz.ch
https://www.ex-in-schweiz.ch/weiterbildung



Pour aller plus loin

Ressources en ligne

Dix dossiers thématiques, réunissant une cinquantaine de documents, accompagnent ce guide synthétique :

Cahier de ressources 1 :
Concepts et définitions du rétablissement



Cahier de ressources 2 :
Milieux de travail et exemples de tâches des pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 3 :
Rôles, compétences, connaissances, valeurs et attitudes des pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 4 :
Apports et bénéfices des services de soutien par les pairs (SSP) et de la pair-aidance en addictions



Cahier de ressources 5 :
Pratiques conseillées et outils pour la planification d'un service de soutien par les pairs (SSP) et l'embauche de pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 6 :
Pratiques conseillées et outils pour le recrutement de pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 7 :
Pratiques conseillées pour un service pérenne de soutien par les pairs (SSP) et une intégration réussie des pairs-aidants au sein des équipes



Cahier de ressources 8 :
Descriptions de poste, cahiers des charges et exemples de contrats de travail de pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 9 :
Points d'attention relevés par la littérature sur l'intégration des pairs-aidants en addictions (PAA)



Cahier de ressources 10 :
Bibliographie annotée sur la pair-aidance professionnelle en addictions



Points clés

- ➔ Les pairs-aidants en addictions (PAA) sont des professionnels qualifiés avec une expertise unique issue de leur parcours de rétablissement
- ➔ Leur intégration réussie requiert une importante préparation institutionnelle
- ➔ Les PAA complètent les équipes existantes sans remplacer les professionnels traditionnels
- ➔ Un accompagnement ad hoc (supervision, référent, formation continue) est indispensable
- ➔ Une rémunération équitable et des perspectives d'évolution sont essentielles à la valorisation de cette nouvelle fonction
- ➔ Les bénéfices sont multiples : pour les patients/usagers, les équipes et l'institution dans son ensemble
- ➔ L'intégration de PAA représente un changement culturel aligné sur les stratégies nationales de santé et les recommandations internationales

Références bibliographiques

[1] A. T. McLellan, D. C. Lewis, C. P. O'Brien, et H. D. Kleber, « Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation », *JAMA*, vol. 284, n° 13, p. 1689–1695, oct. 2000, doi : 10.1001/jama.284.13.1689.

[2] A. T. McLellan, « Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective », *Addiction*, vol. 97, n° 3, p. 249–252, 2002, doi : 10.1046/j.1360-0443.2002.00127.x.

[3] SAMHSA, « Incorporating Peer Support Into Substance Use Disorder Treatment Services (TIP 64) », Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US, 2023. Consulté le : 6 août 2025. [En ligne]. Disponible sur : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596262/

[4] D. Collins *et al.*, « "If It Wasn't for Him, I Wouldn't Have Talked to Them": Qualitative Study of Addiction Peer Mentorship in the Hospital », *J. Gen. Intern. Med.*, déc. 2019, doi : 10.1007/s11606-019-05311-0.

[5] H. Englander *et al.*, « Recommendations for integrating peer mentors in hospital-based addiction care », *Subst. Abuse*, vol. 41, n° 4, Art. n° 4, 2020, doi : 10.1080/08897077.2019.1635968.

[6] R. Lennox, L. Lamarche, et T. O'Shea, « Peer support workers as a bridge: a qualitative study exploring the role of peer support workers in the care of people who use drugs during and after hospitalization », *Harm. Reduct. J.*, vol. 18, n° 1, p. 19, févr. 2021, doi : 10.1186/s12954-021-00467-7.

[7] C. du Plessis, L. Whitaker, et J. Hurley, « Peer support workers in substance abuse treatment services: A systematic review of the literature », *J. Subst. Use*, vol. 25, n° 3, p. 225–230, mai 2020, doi : 10.1080/14659891.2019.1677794.

[8] J. K. Davis, « Supervision of peer specialists in community mental health centers: Practices that predict role clarity », *Soc. Work Ment. Health*, vol. 13, n° 2, p. 145–158, 2015.

[9] K. Myrick et P. Del Vecchio, « Peer support services in the behavioral healthcare workforce: State of the field », *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 39, n° 3, p. 197–203, sept. 2016, doi : 10.1037/prj0000188.

[10] N. Egli Anthonioz, M. Naula, et G. Bornet, « Collaboration entre domaines des soins et spécialistes des addictions impliquant un service de liaison, des pairs aidants ou du travail social – Revue des bénéfices, vécus et éléments de mise en œuvre », Addiction Suisse & hopital-addictions.ch, Lausanne, Rapport de recherche № 168, Aout 2024. [En ligne]. Disponible sur : https://hopital-addictions.ch/wp-content/uploads/2024/08/20240805-Rapport_Freins_Facil_Recom_AS_Final.pdf

[11] K. N. Deering *et al.*, « A peer-led mobile outreach program and increased utilization of detoxification and residential drug treatment among female sex workers who use drugs in a Canadian setting », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 113, n° 1, p. 46–54, janv. 2011, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.007.

[12] D. Eddie *et al.*, « Lived Experience in New Models of Care for Substance Use Disorder: A Systematic Review of Peer Recovery Support Services and Recovery Coaching », *Front. Psychol.*, vol. 10, juin 2019, doi : 10.3389/fpsyg.2019.01052.

[13] M. Stanojlović et L. Davidson, « Targeting the Barriers in the Substance Use Disorder Continuum of Care With Peer Recovery Support », *Subst. Abuse Res. Treat.*, vol. 15, p. 1178221820976988, janv. 2021, doi : 10.1177/1178221820976988.

[14] K. Tracy, M. Burton, C. Nich, et B. Rounsaville, « Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 37, n° 6, Art. n° 6, nov. 2011, doi : 10.3109/00952990.2011.600385.

[15] D. Andreas, D. Y. Ja, et S. Wilson, « Peers Reach Out Supporting Peers to Embrace Recovery (PROSPER): A Center for Substance Abuse Treatment Recovery Community Services Program », *Alcohol. Treat. Q.*, vol. 28, n° 3, p. 326–338, juill. 2010, doi : 10.1080/07347324.2010.488538.

[16] L. M. Sanders, C. Trinh, B. R. Sherman, et S. M. Banks, « Assessment of client satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women », *Eval. Program Plann.*, vol. 21, n° 3, p. 287–296, août 1998, doi : 10.1016/S0149-7189(98)00018-4.

[17] E. L. Bassuk, J. Hanson, R. N. Greene, M. Richard, et A. Laudet, « Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review », *J. Subst. Abuse Treat.*, vol. 63, p. 1–9, avr. 2016, doi : 10.1016/j.jsat.2016.01.003.

[18] R. A. Boisvert, L. M. Martin, M. Grosek, et A. J. Clarie, « Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention », *Occup. Ther. Int.*, vol. 15, n° 4, p. 205–220, 2008, doi : 10.1002/oti.257.

[19] M. J. O'Connell, E. H. Flanagan, M. E. Delphin-Rittmon, et L. Davidson, « Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support », *J Ment Health*, vol. 29, n° 1, p. 6–11, févr. 2020, doi : 10.1080/09638237.2017.1294733.

[20] S. Reif *et al.*, « Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence », *Psychiatr. Serv.*, vol. 65, p. 853–861, juill. 2014, doi : 10.1176/appi.ps.201400047.

[21] E. V. Armitage, H. Lyons, et T. L. Moore, « Recovery Association Project (RAP), Portland, Oregon », *Alcohol. Treat. Q.*, vol. 28, n° 3, p. 339–357, juill. 2010, doi : 10.1080/07347324.2010.488539.

[22] J. Bernstein, E. Bernstein, K. Tassiopoulos, T. Heeren, S. Levenson, et R. Hingson, « Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 77, n° 1, p. 49–59, 2005, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2004.07.006.

[23] M. R. Boyd *et al.*, « A Peer-Based Substance Abuse Intervention for HIV+ Rural Women: A Pilot Study », *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 19, n° 1, p. 10–17, févr. 2005, doi : 10.1016/j.apnu.2004.11.002.

[24] J. Kamon et W. Turner, « Recovery coaching in recovery centers: What the initial data suggest: A brief report from the Vermont Recovery Network ». 2013. [En ligne].
Disponible sur :
https://legislature.vermont.gov/Documents/2014/WorkGroups/Senate%20Health%20and%20Welfare/Bills/S.295/S.295~Mark%20Ames~Recovery%20Coaching%20in%20Recovery%20Centers%20-%20What%20the%20initial%20data%20suggest~2-27-2014.pdf

[25] M. Rowe *et al.*, « A peer-support, group intervention to reduce substance use and criminality among persons with severe mental illness », *Psychiatr. Serv.*, vol. 58, n° 7, p. 955–961, juill. 2007, doi : 10.1176/ps.2007.58.7.955.

[26] T. Winhusen, C. Wilder, F. Kropp, J. Theobald, M. S. Lyons, et D. Lewis, « A brief telephone-delivered peer intervention to encourage enrollment in medication for opioid use disorder in individuals surviving an opioid overdose: Results from a randomized pilot trial », *Drug Alcohol Depend.*, vol. 216, p. 108270, nov. 2020, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2020.108270.

[27] S.-Y. Min, J. Whitecraft, A. B. Rothbard, et M. S. Salzer, « Peer Support for Persons with Co-Occurring Disorders and Community Tenure: A Survival Analysis », *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 30, n° 3, p. 207–213, 2007, doi : 10.2975/30.3.2007.207.213.

[28] C. M. Velez, C. Nicolaidis, P. T. Korthuis, et H. Englander, « "It's been an Experience, a Life Learning Experience": A Qualitative Study of Hospitalized Patients with Substance Use Disorders. », *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 32, n° 3, Art. n° 3, mars 2017, doi : 10.1007/s11606-016-3919-4.

[29] E. J. Liebling, J. J. S. Perez, M. M. Litterer, et C. Greene, « Implementing hospital-based peer recovery support services for substance use disorder. », *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, vol. 47, n° 2, Art. n° 2, mars 2021, doi : 10.1080/00952990.2020.1841218.

[30] J. F. Magidson *et al.*, « "Someone who is in this thing that I am suffering from": The role of peers and other facilitators for task sharing substance use treatment in South African HIV care. », *Int. J. Drug Policy*, vol. 70, p. 61–69, août 2019, doi : 10.1016/j.drugpo.2018.11.004.

[31] OFAS, R. Müller de Menezes, et E. Chiapparini, « "Et si vous nous donniez la parole". Tenir compte des savoirs d'expérience des personnes concernées », Office fédéral des assurances sociales (OFAS), Berne, 2021. [En ligne].
Disponible sur : https://www.bundespublikationen.admin.ch/fr/product/000000000862691336/guide-pratique-participation

[32] OFSP, C. Kessler, et A. Moutet, « Concept de soutien à l'autogestion – lors de maladies non transmissibles, psychiques et d'addictions », OFSP, geliko & ARPS, Berne, 316.307.f, juill. 2022. [En ligne].
Disponible sur : https://www.bundespublikationen.admin.ch/de/product/000000000862713189/mnt-brochure-soutien-%C3%A0-l-autogestion

[33] H. E. Jack, D. Oller, J. Kelly, J. F. Magidson, et S. E. Wakeman, « Addressing substance use disorder in primary care: The role, integration, and impact of recovery coaches », *Subst. Abuse*, vol. 39, n° 3, Art. n° 3, 2018, doi : 10.1080/08897077.2017.1389802.

[34] L. Schweitzer, « "On est des (ex-) quelque chose" »... De la mobilisation des savoirs expérientiels dans le travail pair », *Rhizome*, vol. 7576, n° 1, p. 56–66, avr. 2020, doi : 10.3917/rhiz.075.0056.

[35] L. Byrne *et al.*, « Effective peer employment within multidisciplinary organizations: Model for best practice », 2021, doi : 10.1007/s10488-.

[36] C. A. Gagne, W. L. Finch, K. J. Myrick, et L. M. Davis, « Peer workers in the behavioral and integrated health workforce: Opportunities and future directions », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 54, n° 6, p. S258–S266, juin 2018, doi : 10.1016/j.amepre.2018.03.010.

[37] NYC Health, « Integrating Peers into Treatment Programs in New York City: An In-depth Guide for Substance Use Disorder Treatment Providers », New York City Department of Health and Mental Hygiene, non daté. [En ligne].
Disponible sur : https://www.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/mh/peers-treatment-programs.pdf

[38] SMES, C. Histas, et S. Waha, « Développer la pair-aidance professionnelle : Pratiques et perspectives », Smes ASBL, Belgique, 2024. [En ligne].
Disponible sur :
https://smes.be/fr/developper-la-pair-aidance-professionnelle/

[39] NYS OASAS, « Peer Integration and the Stages of Change ToolKit », New York State Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, 2019. [En ligne].
Disponible sur : https://oasas.ny.gov/system/files/documents/2019/08/PeerIntegrationToolKit-DigitalFinal.pdf

[40] R. Cronise, C. Teizeira, E. S. Rogers, et S. Harrington, « The peer support workforce: Results of a national survey », *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 39, n° 3, p. 211–221, 2016, doi : 10.1037/prj0000222.

[41] Great Lakes ATTC & NAADAC, « Peer Recovery Support Series, Section I: Building a successful culture in your organization [PowerPoint slides]. » [En ligne].
Disponible sur :
https://www.naadac.org/building-organization-peer-recovery-webinar

[42] A. S. Crisanti, J. Earheart, M. Deissinger, K. Lowerre, et J. G. Salvador, « Implementation Challenges and Recommendations for Employing Peer Support Workers in Emergency Departments to Support Patients Presenting after an Opioid-Related Overdose », *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, vol. 19, n° 9, p. 5276, janv. 2022, doi : 10.3390/ijerph19095276.

[43] H. Englander *et al.*, « Tools to Support Hospital-Based Addiction Care: Core Components, Values, and Activities of the Improving Addiction Care Team. », *J. Addict. Med.*, vol. 13, n° 2, Art. n° 2, avr. 2019, doi : 10.1097/ADM.0000000000000487.

[44] E. Stack *et al.*, « Peer Recovery Support Services Across the Continuum: In Community, Hospital, Corrections, and Treatment and Recovery Agency Settings – A Narrative Review. », *J. Addict. Med.*, vol. 16, n° 1, Art. n° 1, févr. 2022, doi : 10.1097/ADM.0000000000000810.

[45] CMHA, K. Phillips, J. Harrison, et C. Jabalee, «Supervising Peer Workers: A Toolkit for Implementing and Supporting Successful Peer Staff Roles in Mainstream Mental Health and Substance Use/Addiction Organizations», Canadian Mental Health Association, Centre for Excellence in Peer Support, Waterloo Wellington, Canada, 2019. [En ligne]. Disponible sur : https://cmhaww.ca/wp-content/uploads/2023/07/Supervising-Peer-Workers-Toolkit-CMHA-WW-2019.pdf

[46] A. S. Daniels, T. P. Tunner, I. Powell, L. Fricks, et P. Ashenden, «Pillars of peer support services summit – VI: Peer specialist supervision», Copeland Center, Battleboro, 2015. [En ligne]. Disponible sur : https://copelandcenter.com/pillars-peer-support/pillars-peer-support-toolkits

[47] ImROC et E. Watson, «Supervision for Peer Workers», ImROC, Nottingham, Briefing Paper 25, 2024. [En ligne]. Disponible sur : https://www.imroc.org/publications/25-supervision-for-peer-workers

[48] Indiana Family & Social Services Administration, «Supervision competencies for effective and ethical peer recovery coach supervision». 2023. [En ligne]. Disponible sur : https://www.iaprss.org/wp-content/uploads/2023/05/Supervision-Competencies-Publication.pdf

[49] E. Martin *et al.*, «Substance use disorder peer supervision competencies», The Regional Facilitation Center, Portland, Oregon, 2017. [En ligne]. Disponible sur : https://www.oregon.gov/oha/EI/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Peer%20Supervision%20Competencies%202017%20Final.pdf

[50] N.A.P.S., «National Practice Guidelines for Peer Specialists and Supervisors», National Association of Peer Supporters, Washington, DC, 2019. [En ligne]. Disponible sur : https://live-copeland-center-ci.pantheonsite.io/sites/default/files/2024-02/National-Practice-Guidelines-for-Peer-Specialists-and-Supervisors-1.pdf

[51] SAMHSA – BRSS TACS, «Supervision of Peer Workers», non daté. [En ligne]. Disponible sur : https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tacs/guidelines-peer-supervision-4-ppt-cp5.pdf

[52] SAMHSA, «Chapter 5—Supervision of Peer Specialists», in *Incorporating Peer Support Into Substance Use Disorder Treatment Services [Internet]*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), 2023. Consulté le : 8 août 2025. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK596264/

[53] SRN, «Experts by Experience. Guidelines to support the development of Peer Worker roles in the mental health sector», Scottish Recovery Network, Glasgow, sept. 2011. [En ligne]. Disponible sur : https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2012/02/Guidelines_on_developing_peer_support_-_Scotland.pdf

[54] OMS, «Soutien individuel par et pour les personnes ayant un savoir expérientiel en santé mentale : guide d'orientation QualityRights de l'OMS», Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2022. Consulté le : 23 juillet 2025. [En ligne]. Disponible sur : https://iris.who.int/handle/10665/363958

[55] A. Block et N. Waterhout, «European standards for peer supporter: Differentiated competence profiles for the peer workers», Grone-Bildungszentrum für Gesundheits- und Sozialberufe GmbH & GGZ Noord Holland Noord, Germany, 2022. [En ligne].
Disponible sur : https://www.grone.de/erasmus-european-profile-for-peer-support-workers/

[56] CSSC et K. Sunderland, «Lignes directrices relatives au soutien par les pairs – Pratique et formation», Commission de la santé mentale du Canada, Calgary, 2013. [En ligne].
Disponible sur : https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/Peer_Support_Guidelines_FRE_0.pdf

[57] FPEA, «Référentiel activités compétences et référentiel de certification (V10)», France Patients Experts Addictions, nov. 2023. [En ligne].
Disponible sur : https://fpea.fr/fpea/index.php/cpea/

[58] NHS, «The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers. Part 1: Supporting document», National Health Service. Workforce, Training and Education, oct. 2020. [En ligne].
Disponible sur : https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/new-roles-mental-health/peer-support-workers

[59] NHS, «The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers. Part 2: Full list of competences», National Health Service. Workforce, Training and Education, oct. 2020. [En ligne].
Disponible sur : https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/new-roles-mental-health/peer-support-workers

[60] NHS, «The Competence Framework for Mental Health Peer Support Workers. Part 3: Curriculum», National Health Service. Workforce, Training and Education, oct. 2020. [En ligne].
Disponible sur : https://www.hee.nhs.uk/our-work/mental-health/new-roles-mental-health/peer-support-workers

[61] SAMHSA – BRSS TACS, «Core Competencies for Peer Workers in Behavioral Health Services», Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015. [En ligne].
Disponible sur : https://web.archive.org/web/20260222145505/https://www.samhsa.gov/sites/default/files/core-competencies-peer-workers-behavioral-health-services.pdf

[62] SAMHSA, «National Model Standards for Peer Support Certification», Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (MD), PEP23-10-01-001, 2023. [En ligne].
Disponible sur : https://web.archive.org/web/20250619153117/https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-10-01-001.pdf

[63] L. A. Brady *et al.*, «Coping Strategies and Workplace Supports for Peers with Substance Use Disorders», *Subst. Use Misuse*, vol. 57, n° 12, p. 1772–1778, oct. 2022, doi : 10.1080/10826084.2022.2112228.

[64] C. Gagne, J. Olivet, et L. Davis, «Equipping behavioral health systems & authorities to promote peer specialist/peer recovery coaching services: Expert panel meeting report», Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012. [En ligne].
Disponible sur : https://www.naadac.org/assets/2416/samsha_2012_expert_panel_meeting_report_-_equipping_behavioral_health.pdf

[65] G. Walker et W. Bryant, «Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings», *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 36, n° 1, p. 28–34, 2013.

[66] DBHIDS et Achara Consulting Inc, «Peer support toolkit», City of Philadelphia — Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services, 2017. [En ligne].
Disponible sur : https://dbhids.org/wp-content/uploads/1970/01/PCCI_Peer-Support-Toolkit.pdf

[67] B. Dunlap, A. Basye, et S. M. Skillman, «Background checks and the health workforce: Practices, policies and equity», University of Washington, Center for Health Workforce Studies, 2021. [En ligne]
Disponible sur : https://familymedicine.uw.edu/chws/wp-content/uploads/sites/5/2021/11/Background-Checks-FR-2021.pdf

[68] VPPS, «Empfehlungen für die Anstellung von Peers in Schweizer Psychiatrischen Kliniken», Vereinigung Pflegekader Psychiatrie Schweiz, févr. 2020. [En ligne].
Disponible sur : https://www.vpps.ch/professionalisierung-pflege-pflegeentwicklung-32.html?file=files/Inhalte/Dateien/PDF/Flyer_Peers.pdf&cid=212

[69] A. Lapidos, J. Jester, M. Ortquist, P. Werner, M. C. Ruffolo, et M. Smith, «Survey of peer support specialists: Professional activities, self-rated skills, job satisfaction, and financial well-being», 2018.

[70] J. Silver et P. B. Nemec, «The role of the peer specialists: Unanswered questions», *Psychiatr. Rehabil. J.*, vol. 39, n° 3, p. 289–291, 2016.

[71] Peer Recovery Center of Excellence, «Building Organizational Readiness: A Peer Recovery Center of Excellence Toolkit», août 2024. [En ligne].
Disponible sur : https://www.carsrecovery.org/product-library/building-organizational-readiness-for-peer-recovery-support-services

Impressum

Ce document a été élaboré dans le cadre du projet national «Hôpital et Addictions», conduit par le GREA (Groupement d'Étude Romand des Addictions) et soutenu par Promotion Santé Suisse.

Hôpital et Addictions

GREA
GROUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Il synthétise les réflexions issues d'un groupe de travail composé des personnes suivantes:

Christophe Al Kurdi – Chef de projets (GREA), Corine Chevaux – PAA (Projet pilote CHUV), Sebastian Exl – Accompagnateur au rétablissement chez EX-IN (Psychiatrie Baselland), Marianne Gaillard – Responsable secteur ambulatoire (Fondation Bartimée), Loïc Menneret – Infirmier-chef de service (CHUV, Service de médecine des addictions), Louise Penzenstadler – Médecin adjointe (HUG, Service d'addictologie), Thomas Robertson – PAA (Projet pilote CHUV), David Tharin – Coordinateur des accompagnements (Fondation Bartimée), Charlène Tripalo – Coordinatrice ComPASM (Coraasp), Tania Zambrano – PPSM (Coraasp).

Citation suggérée: Al Kurdi, Christophe, Tania Zambrano Ovalle, et Charlène Tripalo. 2026. «Les pairs-aidants en addictions (PAA): guide à l'attention des futurs employeurs». Lausanne: Projet Hôpital et Addictions – GT pair-aidance en addictions & GREA. Disponible à l'adresse: https://hopital-addictions.ch/pair-aidance/

Droits d'utilisation : Ce document est soumis à une License Creative Commons de type CC BY-NC. Cette licence permet aux réutilisateurs de distribuer, remixer, adapter et développer le matériel sur n'importe quel support ou format à des fins non commerciales uniquement, et seulement à condition que l'attribution soit donnée au créateur (ici : Projet Hôpital et Addictions — GT pair-aidance en addictions & GREA).

Conception graphique, lettrages et mise en page :
Simon Schönmann — GREA

Photo 2e et 3e de couverture / rabats :
Designed by Magnific – www.magnific.com

Première édition

Imprimé en décembre 2026 à 1500 exemplaires
(750 en français et 750 en allemand)
par Cornaz impressions | emballages SA,
Yverdon-les-Bains

