

Drogues, santé et société

Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants !

Not all organizations offer the same decision-making powers to their peer support workers!

¡No todas las organizaciones son iguales en cuanto al poder de decisión de sus pares de ayuda!



**DROGUES,
SANTÉ ET
SOCIÉTÉ**

Janina Komaroff, M.A. and Michel Perreault, Ph.D.

Volume 12, Number 1, June 2013

L'approche par les pairs dans le domaine de la toxicomanie

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1021538ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1021538ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8847 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Komaroff, J. & Perreault, M. (2013). Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants ! *Drogues, santé et société*, 12(1), 41–56. <https://doi.org/10.7202/1021538ar>

Article abstract

There are a variety of ways in which peer support workers can be integrated into organizational structures. In this article, five types of organizational structures that operate in the area of mental health and substance misuse are examined: mutual support groups; self-help organizations; organizations managed by peer support workers; partnerships with peer support worker organizations; and, organizations which integrate peer support workers to deliver certain services. This article highlights the conditions that promote empowerment of peer support workers in these situations.



RÉFLEXION THÉORIQUE

Toutes les organisations ne sont pas égales quant au pouvoir décisionnel de leurs pairs aidants !

Janina Komaroff, M.A., Assistante de recherche, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Michel Perreault, Ph.D., Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill

Correspondance : Michel Perreault, Ph. D., Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, 6875, boul. LaSalle, Montréal, Québec, Canada H4H 1R3, Téléphone : 514 761-6131, (2823), michel.perreault@douglas.mcgill.ca

Résumé

Les pairs aidants peuvent être intégrés de différentes façons dans les organisations où ils interviennent. Dans cet article, cinq types de structure organisationnelle où l'on fait appel à des pairs aidants en toxicomanie et en santé mentale sont examinés : les groupes de soutien mutuel, les organisations d'entraide, les organisations autogérées par des pairs aidants, les partenariats avec des organismes de pairs aidants et, enfin, l'intégration des pairs aidants dans des organismes pour dispenser certains services. Cet article met en évidence les conditions qui favorisent l'autonomisation des pairs aidants dans ces différentes situations.

Mots clés : pairs aidants, toxicomanie, santé mentale, structure organisationnelle, autonomisation, rétablissement

Not all organizations offer the same decision-making powers to their peer support workers!

Abstract

There are a variety of ways in which peer support workers can be integrated into organizational structures. In this article, five types of organizational structures that operate in the area of mental health and substance misuse are examined: mutual support groups; self-help organizations; organizations managed by peer support workers; partnerships with peer support worker organizations; and, organizations which integrate peer support workers to deliver certain services. This article highlights the conditions that promote empowerment of peer support workers in these situations.

Keywords: peer support, substance use, mental health, organizational structures, empowerment, recovery

¡No todas las organizaciones son iguales en cuanto al poder de decisión de sus pares de ayuda!

Resumen

Los pares de ayuda pueden integrarse de diferentes maneras en las organizaciones en las que intervienen. En este artículo, se examinan cinco tipos de estructuras organizativas en las que se recurre a pares de ayuda en toxicomanía y salud mental : los grupos de ayuda mutua, las organizaciones de ayuda mutua, las organizaciones autogestionadas por los pares de ayuda, las asociaciones con organismos de pares de ayuda y, finalmente, la integración de los pares de ayuda en los organismos con el objetivo de proveer ciertos servicios. Este artículo pone en evidencia las condiciones que favorecen la autonomización de los pares de ayuda en diferentes situaciones.

Palabras clave: pares de ayuda, toxicomanía, salud mental, estructura organizativa, autonomización, restablecimiento.

Introduction

On désigne comme pairs aidants des personnes qui interviennent auprès d'autres personnes qui ont vécu des difficultés similaires. Le soutien qu'elles offrent s'inscrit dans une relation où « l'on donne et reçoit de l'aide fondée sur les principes fondamentaux du respect et de la responsabilité partagée, dans un accord mutuel de ce qui est considéré comme utile » (Mead, Hilton & Curtis, 2001). La valeur de ce soutien réside dans la reconnaissance de l'expérience qui est transmise d'une personne à l'autre et de l'équité qui existe dans cette relation. Dans le domaine de la santé mentale, Curtis (1999) définit ce soutien comme une approche axée vers une culture de la santé et un modèle de bien-être où l'accent est mis sur les points forts de la personne et de son rétablissement. Cela est en opposition à un modèle de maladie où l'accent est mis sur les symptômes et sur les problèmes vécus par la personne (Mead et al., 2001).

Il a été démontré que l'intervention de pairs aidants peut représenter un apport significatif pour la personne qui est aux prises avec des problèmes de santé mentale (Repper et Carter, 2010), de toxicomanie (Boyd et al., 2005; Foote et al., 1999; Miller, Zaloshnja & Spicer, 2007; Ouimette et al., 2001; Rowe et al., 2007) ou de comportements à risque associés au VIH ou à l'Hépatite C (Colon, Deren, Guarino, Mino & Kang, 2010; Mercure et al., 2008; Norman et al., 2008). La manière dont les pairs aidants interviennent a un impact sur les résultats des actions tant pour eux-mêmes que pour les gens qu'ils veulent aider: « Au cours d'une relation de confiance, les pairs aidants et les personnes aidées sont en mesure de surmonter leur divergence d'opinion dans un climat de respect même lorsqu'elles se trouvent en conflit. Ce contexte leur permet de s'engager dans des comportements d'entraide [...] allant au-delà des perceptions centrées sur le handicap et le diagnostic » (Mead et al., 2001). Le type d'organisation où les pairs aidants sont appelés à intervenir offre toujours plus ou moins de latitude en ce qui a trait à leur pouvoir décisionnel.

Objectifs

Ce texte présente une réflexion théorique qui vise à mettre en lumière les caractéristiques de différentes structures où œuvrent des pairs aidants du domaine de la toxicomanie afin d'examiner le pouvoir décisionnel qui leur est conféré. Il est présumé que, plus ils jouissent d'un grand pouvoir décisionnel à l'intérieur de cette organisation, plus ils auront un impact considérable sur sa culture et son fonctionnement et, conséquemment, sur les services qu'elle dispense à sa clientèle.

Méthodologie

Dans le domaine de la psychiatrie, l'émergence du paradigme fondé sur le rétablissement a stimulé l'intérêt pour le développement de services qui sont davantage orientés vers les objectifs et les attentes des personnes utilisatrices (Grant, 2006). Ainsi, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour associer des usagers à la prestation de soins en tant que pairs aidants. Plusieurs auteurs ont alors étudié les modèles d'intégration mis en place pour intégrer ces pairs aidants dans les organisations où ils sont mis à contribution (i.e. Baldacchino et Rassool, 2006; Chamberlin, Rogers & Ellison, 1996; Chinman, Young, Hassell & Davidson, 2006; Goldstrom et al., 2006; Humphreys et al., 2004; O'Hagan, Cyr, McKee & Priest, 2010; Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997; Shepherd et al., 1999; Solomon, 2004 et 1998; White, 2010b). Les résultats de leurs travaux permettent de dégager une typologie des organisations selon la place qui est accordée à des pairs aidants. La présente analyse vise à se familiariser avec cette classification et à évaluer sa pertinence par rapport aux ressources dédiées à la toxicomanie. À cette fin, des organismes québécois de ce domaine ont été sélectionnés pour illustrer chacun des types d'intégration de pairs aidants identifiés dans les écrits. Les informations sur ces organismes ont été recueillies dans les documents officiels qu'ils diffusent incluant, le cas échéant, leur site Web. En complément d'information, des entrevues individuelles ont aussi été menées avec des informateurs clés travaillant au sein de chacune des organisations.

Les interventions par les pairs dans différentes structures organisationnelles

Les caractéristiques propres à ces cinq types d'organisations seront décrites et utilisées afin de démontrer leur capacité distinctive à soutenir l'autonomisation des pairs aidants qui y participent. En d'autres termes, il s'agit d'examiner les possibilités que ces pairs aidants ont de prendre des décisions leur assurant le contrôle de leur vie et leur permettant d'intervenir dans la transformation des services qui leur sont destinés (Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997). Sur la base des travaux de Davidson (1999) et de Goldstrom et al. (2006), cinq types d'organisations comportant la participation de pairs aidants seront scrutés : 1) les groupes de soutien mutuel ; 2) les organisations d'entraide ; 3) les services gérés par les pairs aidants ; 4) les partenariats ; 5) les établissements embauchant des pairs aidants pour dispenser certains des services qu'elles offrent.

1) Les groupes de soutien mutuel

Le soutien mutuel peut être défini comme un processus par lequel les gens se réunissent volontairement pour s'aider les uns les autres afin de surmonter leurs difficultés communes. Leur participation reflète un désir d'interaction sociale et un besoin de ressources et de structures pour faire face aux préoccupations communes (Davidson et al., 1999). Les Alcooliques Anonymes (AA) et Narcomanes Anonymes (NA) sont les plus connus des groupes de soutien mutuel qui s'appuient sur les 12 étapes. L'exemple des AA illustre bien le modèle de groupe de soutien mutuel qui permet à des pairs aidants d'occuper un rôle déterminant et actif dans l'organisation.

Les Alcooliques Anonymes (AA)

Fondés en 1935, les AA constituent une organisation populaire internationale ayant une structure décisionnelle originale et démocratique. L'organisation repose sur une construction soutenue par la base (bottom-up) dans le sens où des groupes d'appartenance locaux forment la direction des AA, tandis que les organismes de services nationaux restent subordonnés à ces groupes (Borkman, 2008). Les relations entre pairs aidants y sont égalitaires et il n'y a aucun coût pour l'aide obtenue. Le seul critère d'adhésion est un désir d'arrêter de boire de l'alcool. Certains membres peuvent être plus avancés sur le plan de leur rétablissement, mais tous conservent le même statut qu'un nouveau venu. Il n'y existe aucune instance officielle qui pourrait appliquer des règlements contraignants et exercer un pouvoir de sanction contre ceux qui enfreignent les règles (Borkman, 2008). Les AA demeurent anonymes au niveau de la « presse écrite, de la radio et du cinéma » et « n'ont pas d'opinion sur les questions extérieures, le nom des AA ne devant jamais être mêlé à des controverses publiques », comme il est stipulé dans leurs 12 traditions (Alcoholics Anonymous, 2001).

Pour assurer son bon fonctionnement, l'organisation suit 12 concepts et 12 traditions en plus des 12 étapes mentionnées précédemment (Alcoholics Anonymous, 2001). Les organisations de ce type s'apparentent à des groupes de soutien mutuel qui reposent sur une philosophie particulière de rétablissement où l'on met l'accent sur l'idée d'accepter l'abus de substances comme une maladie qui peut être contrôlée, mais jamais guérie. On y renforce la responsabilité individuelle et la croissance spirituelle, la réduction de « l'égoïsme » et on y offre une aide à d'autres personnes dépendantes, par exemple, par le partage d'histoires de rétablissement lors de réunions de groupe ou par le parrainage de nouveaux membres (Humphreys et al., 2004). On estime le nombre total de membres des AA à 1 160 000 aux États-Unis et on compte également 185 000 membres des NA (Narcomanes Anonymes), toujours aux États-Unis (Humphreys et al., 2004). Compte tenu de l'importance du nombre de membres AA dans le monde, l'influence de cette organisation sur le rétablissement de l'alcoolisme ne doit pas être sous-estimée.

Les groupes de soutien mutuel de ce type servent à contrer l'isolement social, à encourager l'adoption de rôles socialement valorisés (ami, travailleur, parent), à inculquer des routines pour gérer le quotidien (Galanter, 1988) et à proposer des idéologies qui permettent aux gens de « donner un sens » à leurs expériences, comme le font les programmes en 12 étapes (Davidson et al., 1999; Goldstrom et al., 2006). Leurs activités peuvent être menées en rencontres directes et même en ligne (Solomon, 2004).

Les forces des AA semblent résider dans la richesse des expériences des membres, dans la structure organisationnelle et dans les principes mis de l'avant. Au sein des groupes, les décisions sont prises par consensus ou par vote démocratique et des membres occupent en rotation le poste de président. De plus, des changements aux procédures ou au fonctionnement d'un groupe sont apportés lors des réunions où l'on en vient, par entente commune, à décider de la meilleure manière de mener le groupe, et ce, dans le respect des intérêts de tous les membres.

L'organisation est administrée par ses membres : il n'y a pas d'employés rémunérés, sauf quelques personnes qui travaillent au siège social, à New York, pour desservir les groupes locaux (Alcooliques Anonymes, 2001). Compte tenu du fait que l'organisation se veut populaire et essentiellement autofinancée par ses membres, il est permis de croire que la nature du pouvoir décisionnel que ce contexte procure favorise l'attrait pour ce mouvement.

De manière plus explicite, dans les groupes locaux des AA, divers rôles sont ouverts aux membres. Ils sont encouragés à les prendre, peu importe leur niveau de sobriété, mais cela demeure volontaire. Il s'agit, par exemple, de rôles comme ceux de parrain ou marraine, de responsable à la préparation des salles, des tâches reliées au secrétariat ou à la trésorerie, ou encore de l'animation des assemblées qui peut être assumée en rotation par différents membres. Ces rôles facilitent l'intégration des pairs, spécialement celle des nouveaux, tout en les aidant à reprendre confiance en leurs capacités. Il convient de noter que ces activités s'inscrivent dans un esprit d'ouverture et d'autonomisation des membres. Il s'agit d'ailleurs de la mentalité qui est promue lors des groupes de partage où, dans le respect du droit de parole, on ne peut contester les propos expérientiels des autres participants. Ces propos demeurant, évidemment, confidentiels.

Ainsi, dans un climat d'aide réciproque, les Alcooliques Anonymes offrent à leurs membres l'accès à un réseau de soutien social qui renforce la sobriété et qui encourage la participation au fonctionnement de l'organisme : le mode de fonctionnement du mouvement est basé sur l'intégration des pairs et sur la reconnaissance des capacités de chacun.

2) Les organisations d'entraide

Les organisations d'entraide représentent une structure faisant appel à des pairs aidants, mais qui peut être dirigée par des personnes qui ne sont pas des pairs aidants. White différencie ce type de structure de celles qui sont dirigées par des pairs (White, 2010). Pour bien montrer cette distinction, les organisations d'entraide et les organismes gérés par des pairs aidants seront successivement décrits.

Les organisations d'entraide s'appuient sur un modèle de développement communautaire (White, 2010b). Dans ces structures, les pairs aidants soutiennent le rétablissement de personnes qui éprouvent des difficultés semblables à celles auxquelles elles ont été confrontées. Les proches peuvent aussi s'impliquer, et ce, tant pour apporter de l'aide que pour en recevoir. D'ailleurs, la différence entre un groupe de soutien mutuel et un groupe d'entraide est que ce dernier offre la possibilité d'intégrer des acteurs qui ne sont pas des pairs (Shepherd et al., 1999). Le Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C (CAPAHC) a été choisi pour illustrer les organisations d'entraide. On y effectue un travail d'éducation et de formation sur l'hépatite C. Cet organisme s'implique au sein des consultations sur l'hépatite C et il constitue une ressource de référence sur ce sujet.

Le centre associatif polyvalent d'aide hépatite C (CAPAHC)

Le CAPAHC est géré par et pour les personnes infectées par l'hépatite C ou infectées par le VIH et l'hépatite C. La majorité des membres de son conseil d'administration ont d'ailleurs contracté l'hépatite C ou le VIH (Rapport annuel, 2012). Le but de cet organisme montréalais est de fournir du soutien aux personnes qui sont aux prises avec ces maladies et de les accompagner pendant leur traitement. Il existe un groupe de soutien qui regroupe environ 12 personnes. Des pairs aidants contribuent également au développement de la mission, de la vision et des valeurs de l'organisation. Ces derniers s'impliquent activement dans son fonctionnement.

Les participants à ce groupe développent leur expertise en prévention et traitement et ils deviennent, éventuellement, des ambassadeurs pour l'accueil de nouveaux arrivants. Ils sont aussi appelés à fournir de la formation aux cliniciens et à ceux qui demandent des conseils au CAPAHC. Souvent, les hôpitaux, les centres locaux de services de santé ou les pénitenciers font appel à leur expertise en leur demandant des références à des spécialistes ou des formations pour leur personnel.

Goldstrom (1996) décrit les organisations d'entraide comme des organisations dirigées par et pour les utilisateurs de services et leurs proches. Elles entreprennent généralement des activités pour sensibiliser les membres de leur communauté aux problèmes de santé mentale en offrant des conseils politiques ou juridiques ainsi que des services aux groupes d'utilisateurs ou aux membres des familles. Certaines organisations d'entraide contribuent à des groupes de soutien mutuel, mais leur gestion n'est pas nécessairement assurée par des pairs aidants, pouvant être aussi effectuée par une équipe clinique (Baldacchino et Rassool, 2006; Goldstrom et al., 2006).

Shepherd (1999) a étudié l'autonomisation des pairs aidants qui travaillent dans ce type d'organisations. Parmi les 246 groupes d'entraide étudiés, ceux dirigés par une équipe clinique avaient davantage tendance à s'engager dans la revendication des droits (68,8%) que ceux dirigés par des pairs aidants (48,5%). En outre, les groupes dirigés par une équipe clinique ont eu tendance à produire des brochures et des bulletins d'information, à inviter des orateurs lors de réunions, à effectuer des visites à domicile et à mener des programmes de sensibilisation. Dans ces groupes, certains rôles comme celui d'animateur de groupe, d'organisateur, de parrain ou de chercheur ont été plus fréquemment attribués à des professionnels alors qu'inversement, les groupes dirigés par les pairs aidants ont plus fréquemment confié à des pairs le soutien par téléphone et les interventions en utilisant un système de jumelage. Les groupes menés par les pairs étaient aussi plus souvent affiliés à une organisation nationale (Shepherd et al., 1999).

Dans le cas du CAPAHC, on offre un service d'aide téléphonique. Il n'y a pas de counseling formel par des pairs aidants ou de système de jumelage, mais on organise des activités sociales ou d'échange au cours desquelles les participants peuvent se transmettre leurs coordonnées personnelles, lorsqu'ils le jugent approprié. En ce qui a trait à la revendication des droits et de l'accès aux services, ces derniers sont dirigés vers un comité provincial où 18 organisations partenaires sont représentées. Les pairs aidants assument aussi des rôles de leadership s'ils participent au conseil d'administration du CAPAHC. Cependant, conformément aux constats de Shepherd sur les organisations d'entraide, cet organisme est davantage orienté vers des activités de soutien plutôt que vers des activités de revendication. D'ailleurs, dans le groupe de soutien mensuel, l'accent est mis sur la nature égalitaire des rôles et les activités préférées sont de nature sociale, comme le yoga ou le souper de Noël.

3) Les services gérés par des pairs aidants

Les services gérés par des pairs aidants décrits dans la littérature, sont basés sur leur « liberté de choix » et sur le contrôle qu'ils peuvent exercer sur leurs activités. Ils sont généralement intégrés dans une entité juridique « indépendante » (Solomon, 2004).

Méta d'Âme représente un exemple fort intéressant d'organisme autogéré par des pairs aidants. Il a été créé et est mené par des gens qui ont vécu l'expérience de la dépendance aux opiacés. Il correspond donc au modèle « d'autogestion » proposé par Goldstrom et al. (2006) et par Solomon (2004). Des pairs aidants y sont rémunérés pour leur travail et ils fournissent l'ensemble des services à la clientèle.

Méta d'Âme

Méta d'Âme est localisé à Montréal et fonctionne selon les principes de soutien par des pairs aidants en vue de leur autonomisation. L'organisation vise l'amélioration de la qualité de vie des gens qui ont une dépendance aux opioïdes en offrant un centre de jour et 22 logements avec soutien

communautaire (Méta d'Âme, 2011). Les résidents doivent avoir accepté de suivre un programme de traitement psychosocial dans la communauté et prendre des médicaments de substitution aux opiacés. La durée maximale d'un séjour est de trois ans.

Toutes les deux semaines, Méta d'Âme tient un café-discussion pour ses usagers. Cette rencontre est animée par la coordonnatrice qui assure la liaison avec les hôpitaux et les CLSC afin d'en faciliter l'accès à la clientèle de Méta d'Âme.

Les pairs aidants sont recrutés par des annonces d'emplois réguliers où l'on met en évidence la préférence pour l'embauche de personnes ayant vécu une expérience de dépendance aux opiacés. Les décisions relatives à la gouvernance de Méta d'Âme sont habituellement prises par le président et par la coordonnatrice de l'organisme. La pratique d'embauche de l'organisme mise sur la savoir expérientiel des employés alors que les descriptions de poste incluent le rétablissement relativement à une problématique avec les opiacés. On compte cinq employés rémunérés au moment de la rédaction de cet article. Comme son mandat est lié à la réduction des méfaits et que les interventions ne sont pas basées sur les principes en 12 étapes, on dénombre peu de centres semblables qui sont gérés par des pairs aidants.

Une des difficultés de ce type d'intégration de pairs aidants est que ceux-ci ne s'engagent pas dans une relation d'entraide qui est purement mutuelle. En effet, des pairs aidants sont payés pour aider des usagers qui ne sont pas eux-mêmes considérés comme pairs aidants. Néanmoins, plusieurs études ont lié l'acquisition d'un sentiment de contrôle et de responsabilisation à la fréquentation de centres autogérés par des pairs aidants (par exemple Brown, Shepherd, Wituk & Meissen, 2007 ; Chamberlin, Rogers & Ellison, 1996). Mowbray et Tan (1993) ont conclu que la fréquentation de centres de jour (drop-in centers) autogérés par des pairs aidants a induit, chez plus de la moitié de ceux qui les ont fréquentés (53%), une plus grande confiance dans leurs décisions concernant leur emploi, leur éducation, leurs relations interpersonnelles et leur traitement. Une étude menée par Chamberlin et al. (1996) sur six programmes autogérés par des pairs aidants indique aussi que leur participation a aidé 64% des participants à ressentir davantage de contrôle sur leur vie. De même, Rogers et al. (2007) ont conclu que les programmes de services autogérés par des pairs aidants exercent un effet positif supplémentaire sur leur sentiment d'autonomisation (Rogers et al., 2007).

4) Les partenariats

Le modèle de partenariat représente un arrangement hybride où « la responsabilité fiduciaire du programme repose sur une organisation non gérée par des pairs aidants. L'administration et la gouvernance du programme de pairs aidants sont alors mutuellement partagées entre pairs aidants et non pairs aidants » (Solomon, 2004). Les services offerts peuvent donc être renforcés par l'expertise complémentaire de chacun et par une offre de services élargie dans des domaines comme ceux de la santé mentale et de la toxicomanie, et ce, malgré des ressources limitées (Davidson et al., 1999 ; Hodges et Hardiman, 2006). Un exemple de ce type de structure est celui du GIAP, car les pairs aidants qui y sont associés sont déployés dans des établissements tout en conservant un lien avec leur organisation mère.

Le Groupe d'Intervention Alternative par les Pairs (GIAP)

Le Groupe d'Intervention Alternative par les Pairs est unique dans sa structure étant donné qu'il « prête » des pairs aidants à différents organismes communautaires ou à des établissements de Montréal (Bellot, Rivard & Greissler, 2010 ; Bellot et al., 2006). Les pairs aidants sont embauchés

pour transmettre des informations sur les infections sexuellement transmissibles, sur la prévention du VIH et sur d'autres pratiques de sécurité auprès des jeunes de la rue.

Au GIAP, on retrouve quatre paliers de décision dans lesquels des pairs aidants s'impliquent afin de faciliter leur formation et leur intégration dans le continuum de services. Le comité des partenariats est responsable de la gestion du GIAP. Il s'agit d'un comité représentant tous les organismes qui gèrent le GIAP. Les membres proviennent de la communauté et du milieu de la santé et ils se réunissent trois fois par an. Chaque organisation partenaire du GIAP y est représentée en plus de la coordonnatrice des pairs aidants et d'un membre de l'équipe de pairs aidants. Les organismes partenaires sont principalement des ressources communautaires et des centres locaux de services de santé.

Des informations recueillies auprès de la coordonnatrice du GIAP indiquent qu'au cours d'une demi-journée annuelle de planification stratégique les différents acteurs du GIAP sont consultés, y compris les pairs aidants (communication personnelle avec la coordonnatrice du GIAP). Cette réunion établit l'orientation et les priorités du GIAP. De plus, à tous les deux à trois mois, les cliniciens qui supervisent les pairs aidants rencontrent la coordonnatrice pour résoudre certaines difficultés, pour discuter de questions de terrain et pour être informés au sujet des activités en cours. Enfin, chaque semaine, la coordonnatrice rencontre tous les pairs aidants pour effectuer la supervision, le soutien et la planification du travail.

Pour occuper un poste de pair aidant, les candidats doivent soumettre leur candidature à une offre d'emploi publiée par le GIAP. Lorsqu'ils sont retenus, ils ont accès à une formation qui porte sur l'éthique, sur la gestion de crise, sur les questions liées à l'hépatite C et sur la prévention du suicide. S'ils le souhaitent, ils peuvent aussi obtenir une formation plus spécialisée tout au long de l'année.

Au GIAP, les tâches réservées aux pairs aidants concernent la transmission d'informations à une population à risque. Les pairs aidants ne siègent pas aux réunions cliniques.

5) Les pairs aidants occupant des postes traditionnels dans des organisations formelles

Solomon (2004) définit les pairs embauchés par des organisations comme des personnes qui combrent des postes désignés pour les utilisateurs de services qui sont alors embauchés dans des postes traditionnels en santé mentale. Ils travaillent souvent dans des ressources d'appoint complémentaires aux services traditionnels de santé mentale et ils sont généralement rémunérés. Cette description pourrait aussi s'appliquer à des pairs aidants œuvrant dans d'autres types de services comme ceux liés à la toxicomanie. Le cas du projet P.L.A.I.S.I.I.R.S. en est un excellent exemple.

Le projet P.L.A.I.S.I.I.R.S.

L'acronyme désignant le projet signifie: Projet de lieu d'accueil et d'implication sociale pour des personnes qui consomment par injection ou inhalation, responsables et solidaires (P.L.A.I.S.I.I.R.S.). C'est un projet qui relève de Cactus, un organisme communautaire dont le mandat est de réduire la transmission du VIH ou de l'hépatite C et de contrer les effets nocifs associés à la consommation de substances illégales à Montréal. Cactus vient aussi en aide aux transsexuels, aux travestis, aux travailleurs du sexe et aux jeunes de la rue (voir cactusmontréal.org). P.L.A.I.S.I.I.R.S. est un programme qui permet aux gens qui consomment des drogues par inhalation ou par injection de construire des projets communs et d'être soutenus dans leur engagement social. Les usagers peuvent également utiliser les locaux pour manger, pour laver leurs vêtements et pour prendre une douche. Depuis 2007,

on compte plusieurs postes d'agents d'implication sociale. La description de poste les présente ainsi: « Il s'agit des gens qui ont été impliqués dans la communauté toxicomane, qui ont plus de vingt-cinq ans et qui ont pris une certaine distance par rapport au milieu » (voir cactusmontréal.org). Leur rôle est de soutenir les animateurs dans leurs activités et de gérer l'espace que P.L.A.I.S.I.I.R.S a créé pour mener ses activités. Auparavant, les pairs aidants qui occupaient des postes de messagers n'avaient pas le pouvoir d'intervenir auprès de la clientèle comme intervenant. Les postes d'agents d'implication sociale ont été créés pour pallier cette lacune. Ces personnes peuvent proposer des activités ou des ateliers et rencontrer d'autres organismes communautaires. Elles travaillent à temps plein et elles sont rémunérées. Après avoir acquis de l'expérience, elles peuvent assumer le rôle d'intervenant régulier.

Les questions relatives à la contribution des pairs aidants rappellent la nécessité de préciser leurs tâches de manière à éviter les chevauchements avec celles d'autres intervenants, et ce, afin de favoriser leur intégration harmonieuse au sein des équipes (Repper et Carter, 2010). À ce propos, Solomon et Draine (1998) proposent que l'employeur prépare son personnel adéquatement avant l'arrivée de pairs aidants. Cela peut être effectué par l'entremise d'activités éducatives et d'échanges sur la valeur et l'apport de ces derniers. L'employeur doit connaître avec précision ce qu'il veut accomplir en embauchant des pairs aidants. Il doit aussi avoir une idée de la façon dont ceux-ci contribueront à actualiser la vision, la mission et la culture de son organisme (Solomon et Draine, 1998). Il est suggéré que plus d'un pair aidant soit recruté afin d'éviter une embauche purement symbolique de la part de l'organisation et pour s'assurer que les pairs aidants jouissent d'un soutien adéquat au travail (O'Hagan, Cyr, McKee & Priest, 2010). La formation des pairs aidants et du personnel « non-pair » représente également un élément important du succès de l'intégration (Chinman, Young, Hassell & Davidson, 2006). Il en est de même pour l'évaluation de leur travail (O'Hagan et al., 2010).

Les écrits démontrent que dans les organisations où des pairs aidants sont appelés à intervenir avec des professionnels (comme dans les grandes institutions publiques), il est avantageux de leur accorder un statut professionnel. De plus, les pairs peuvent souscrire à un code de déontologie afin d'écarter la confusion des rôles pouvant être engendrée par des clients qui les perçoivent comme des amis plutôt que comme des intervenants (Repper & Carter, 2010). Selon Repper et Carter (2010), l'employeur devrait aussi discuter avec le pair aidant du niveau de divulgation de son histoire en santé mentale ou en toxicomanie et convenir avec lui d'un moyen qui reflète les objectifs de l'organisation. De son côté, comme tout autre employé, le pair aidant devrait disposer de moyens suffisants pour remplir son rôle adéquatement.

S'ils sont bien intégrés au milieu de travail, les pairs aidants peuvent agir comme des catalyseurs de changement dans la culture organisationnelle où ils évoluent. Ils peuvent aussi constituer une source d'inspiration pour d'autres, notamment en agissant en tant que modèles pour le rétablissement (O'Hagan et al., 2010; Solomon et Draine, 1998).

Discussion

Cinq modes d'intégration de pairs aidants dans des structures organisationnelles distinctes reliées au milieu de la toxicomanie ont été rapportés à la lumière des modèles étudiés dans le milieu de la santé mentale. On y constate que l'étendue du pouvoir décisionnel des pairs aidants varie grandement selon le type d'organisation où ils œuvrent.

L'objectif central des groupes de soutien mutuel et d'entraide est le soutien social et la création de relations personnelles. Les membres profitent d'une grande latitude pour déterminer la nature, les buts et les modalités entourant les activités dans lesquelles ils s'investissent. C'est le cas pour les Alcooliques Anonymes et pour le CAPAHC où le soutien social semble avoir préséance sur l'éducation des membres.

Un avantage de ces groupes est leur implication dans la communauté et l'autonomisation de leurs membres qui est favorisée par une structure organisationnelle faisant place à l'implication des pairs. La participation à des groupes d'entraide peut renforcer le sentiment de contrôle qui pourra par la suite accroître la capacité et la volonté des participants à prendre la parole au moment de la prise de décisions. Cet effet bénéfique pourrait même se généraliser à d'autres situations extérieures aux activités du groupe (Wilson, 1996). Dans les groupes d'entraide de ce type (comme les AA et le CAPAHC), les membres, les pairs aidants et les personnes aidées sont les mêmes. Leur participation et leur capacité d'agir en tant qu'aidant est reconnue sur la base de leur savoir expérientiel. C'est ce principe qui sous-tend les groupes d'entraide et les groupes de soutien mutuel, comme les AA, où l'on réunit des personnes possédant un savoir expérientiel similaire afin qu'elles puissent s'entraider sur la base de leur « expertise » individuelle. Dans l'ensemble, cette dynamique renforce le sentiment d'autonomisation de chacun, et ce, même si les nouveaux arrivants dans le groupe sont possiblement moins bien préparés pour exercer un rôle d'aidant. Après une période d'apprentissage pouvant varier selon les personnes, les participants en viendront cependant à atteindre les mêmes capacités que les aidants plus expérimentés.

Un autre modèle favorisant la prise de décision par des pairs est celui des services gérés par les pairs aidants eux-mêmes. Cependant, contrairement aux groupes de soutien mutuel qui viennent d'être décrits, le pouvoir décisionnel n'y est pas nécessairement partagé entre tous les participants. Par exemple, il pourrait résider essentiellement entre les mains de certains pairs aidants rémunérés. Ce mode d'organisation ne favoriserait pas autant la relation d'aide entre les utilisateurs de services et le sens commun de participation qui caractérisent les groupes de soutien mutuel comme les AA.

Par ailleurs, afin de préparer les pairs aidants à intervenir dans des organismes de ce type pour exercer des fonctions de soutien, d'encouragement et d'autonomisation des autres pairs, il est pertinent de faire appel à des formations. Celles-ci pourront les aider à bien définir leur rôle et leurs moyens d'action. Un exemple concret est celui de la formation offerte au Québec par Pair aidants réseau (2013). De plus, la diversité des partenariats entre les pairs et les non-pairs qui sont décrits dans la présente étude met en évidence de nombreuses possibilités de développement de leur rôle. À ce propos, Davidson (1999) ainsi que Hodges et Hardiman (2006) ont démontré que la contribution des pairs aidants peut aussi être mise à profit pour d'autres activités comme l'orientation des usagers et la coordination des services. Il convient toutefois d'ajouter que lorsque des pairs aidants doivent transiger avec des intervenants de différents organismes, ils ne sont pas nécessairement jumelés avec d'autres pairs. Ces conditions peuvent s'avérer intimidantes pour eux puisqu'ils sont souvent en interaction avec des cliniciens qui auront tendance à leur imposer une relation de supervision. Cette situation risque de se produire plus fréquemment dans les cas où un seul pair aidant est intégré à une équipe d'intervenants et elle met en évidence l'importance de soutenir les pairs aidants en leur offrant de la formation, des liens associatifs ou d'autres dispositifs susceptibles de les aider à se ressourcer.

Au-delà de l'aide apportée aux personnes auprès desquelles ils interviennent, il importe de souligner la contribution significative que les pairs aidants peuvent apporter au développement des organisations où ils œuvrent.

Par exemple, dans les grands établissements désireux d'intégrer des pairs aidants dans leurs services, ils peuvent participer à la définition des objectifs que l'organisation désire atteindre par l'embauche de ceux-ci et à la description de postes pour d'autres pairs aidants. Ils peuvent aussi participer à l'élaboration de programmes, à la prestation de services, à l'évaluation de la performance des cliniciens et gestionnaires, à la sélection des membres du conseil d'administration ou à la prise de décisions concernant l'allocation des ressources et l'identification des priorités organisationnelles.

Ainsi, outre le lien unique qu'ils peuvent établir avec les personnes qui recourent aux services, l'avantage marqué d'employer des pairs aidants dans le milieu de la toxicomanie réside sûrement dans la perspective qu'ils peuvent apporter au niveau de la culture organisationnelle du milieu d'intervention. Leur regard sur la dynamique des organismes dans lesquels ils s'impliquent peut amener des changements importants en rapport à l'aide requise pour les personnes présentant des problèmes similaires aux leurs. Pour que cela se concrétise, encore faut-il qu'ils exercent des rôles pour lesquels ils sont reconnus et où on les met à contribution. La collaboration avec des pairs qui sont des leaders nationaux et la reconnaissance du statut de pair aidant ou de pair spécialiste en tant que classification professionnelle pourrait, dans une certaine mesure, contribuer à cette dynamique.

Conclusion

La typologie présentée dans cet article illustre différents modes d'intégration de pairs aidants pour venir en aide à des personnes alcooliques et toxicomanes. Les modèles où ils s'investissent activement, tant au niveau de la prestation de services que de la gestion, semblent profiter davantage de leur expertise spécifique, tel qu'illustré par le mouvement des alcooliques anonymes ou encore par le CAPAHC. Enfin, les organisations qui embauchent des pairs aidants à des postes rémunérés auraient intérêt à considérer cette orientation si elles souhaitent profiter pleinement de leur contribution.

Remerciements

Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont contribué à cet article en fournissant gracieusement de l'information sur les services offerts par leur organisme ou en partageant de l'information sur la situation des pairs aidants en général. Des remerciements particuliers sont adressés aux personnes suivantes :

Pierre Arcand

Comité des bénéficiaires, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Roxanne Beauchemin

Directrice des services cliniques, Cactus

Céline Bellot

Professeure adjointe, École de service social, Université de Montréal

Karine Bricot

Coordonnatrice, Projet de lieu d'accueil et d'implication sociale pour des personnes qui consomment par injection ou inhalation, responsables et solidaires (P.L.A.I.S.I.I.R.S.)

Thomas Brown

Chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Orly Estein

Pair aidante, CSSS Cavendish

Marie-Noëlle L'espérance

Ancienne coordonnatrice, Groupe d'Intervention Alternative par les Pairs (GIAP)

Pierre Létourneau

Psychologue responsable du soutien du groupe Médecins du Monde Canada

Laurence Mersilian

Directrice, Centre associatif polyvalent d'aide hépatite C (CAPAHC)

Judith Sabetti

Assistante de recherche, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Jijian Voronka

Pair, consultante de recherche, Projet Chez Soi

Références

Alcoholics Anonymous (Ed.). (2001). Alcoholics Anonymous, 4th edition. New York: A.A. World Services.

Baker, C.K., Niolon, P.H., Oliphant, H. (2009) A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women* 15(4), 460-481.

Baldacchino, A., & Rassool, G. H. (2006). The Self-Help Movement in the Addiction Field - Revisited. *Journal of Addictions Nursing*, 17(1), 47-52.

Bellot, C., Chesnay, C., Rivard, J., & Raffestin, I. (2008). Rapport final du projet PLAISIIRS. Montréal.

Bellot, C., Rivard, J., & Greissler, É. (2010). L'intervention par les pairs : un outil pour soutenir la sortie de la rue. *Criminologie*, 43(1), 171-198.

Bellot, C., Rivard, J., Mercier, C., Fortier, J., Noël, V., & Cimon, M.-N. (2006). Le projet d'intervention par les pairs auprès des jeunes de la rue du centre-ville de Montréal : une contribution majeure à la prévention. Montréal : Rapport de recherche au FQRSC, Collectif des Pairs.

Borkman, T. (2008). The Twelve-Step Recovery Model of AA: A Voluntary Mutual Help Association. *Recent Developments in Alcoholism* (M. Galanter, L.A. Kaskutas eds.).

Boyd, M. R., Moneyham, L., Murdaugh, C., Phillips, K. D., Tavakoli, A., Jackwon, K., Vyavaharkar, M. (2005). A peer-based substance abuse intervention for HIV+ rural women: a pilot study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(1), 10-17.

Brown, L. D., Shepherd, M. D., Wituk, S. A., & Meissen, G. (2007). How settings change people: Applying behavior setting theory to consumer-run organizations. *Journal of Community Psychology*, 35(3), 399-416.

Centre Associatif Polyvalent d'Aide Hépatite C. Rapport annuel 2011-2012.

Chamberlin, J., Rogers, E. S., & Ellison, M. L. (1996). Self-help programs: a description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 33-42.

- Chinman, M., Young, A. S., Hassell, J., & Davidson, L. (2006). Toward the implementation of mental health consumer provider services. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*, 33(2), 176-195.
- Colon, R. M., Deren, S., Guarino, H., Mino, M., & Kang, S. Y. (2010). Challenges in recruiting and training drug treatment patients as peer outreach workers: a perspective from the field. *Substance Use and Misuse*, 45(12), 1892-1908.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2).
- Foote, J., DeLuca, A., Magura, S., Warner, A., Gret, A., Rosenblum, A., & Stahl, S. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(3), 181-192.
- Galanter, M. (1988). Zealous self-help groups as adjuncts to psychiatric treatment: a study of Recovery, Inc. *The American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1248-1253.
- Grant, J. (2006). Embracing an emerging structure in community mental health services: Psychiatric survivors as service providers. Unpublished dissertation. Waterloo: Wilfrid Laurier University.
- Goldstrom, I. D., Campbell, J., Rogers, J. A., Lambert, D. B., Blacklow, B., Henderson, M. J., & Meterscheid, R. W. (2006). National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer-operated services. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(1), 92-103.
- Hodges, J. Q., & Hardiman, E. R. (2006). Peer support among consumers of professional mental health services: Implications for practice, policy, and research. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14(3), 81-92.
- Humphreys, K., Wing, S., McCarty, D., Chappel, J., Gallant, L., Haberle, B., Horvath, A. T., Kaskutas, L., Kirk, T., Kivlahan, D., Laudet, A., McCrady, B., McLellan, T., Morgenstern, J., Townsend, M. et Weiss, R. (2004). Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 151-165.
- Hurlburt, M. S., Hough, R. L., & Wood, P. A. (1996). Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatric Services*, 47(7), 731-736.
- Lazarus, L., Chettiar, J., Deering, K., Nabess, R., & Shannon, K. (2011). Risky health environments: Women sex workers' struggles to find safe, secure and non-exploitative housing in Canada's poorest postal code. *Social Science and Medicine*, 73(11), 1600-1607.
- McNaughton, C. C., & Seters, T. (2007). Housing and transitional phases out of 'disordered' lives: The case of leaving homelessness and street sex work. *Housing Studies*, 22(6), 885-900.
- Mead, S., Hilton, C., & Curtis, L. (2001). Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2).
- Mercure, S.-A., Tetu, I., Lamonde, S., Cote, F., & group, G. d. r. w. (2008). Seeing is believing: an educational outreach activity on disinfection practices. *Harm Reduction Journal*, 5(1), 7.
- Méta d'Âme. (2011). Rapport d'activités 2010-2011. Montréal: Méta d'Âme.

- Miller, T. R., Zaloshnja, E., & Spicer, R. S. (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with return testing. *Accident, Analysis and Prevention*, 39(3), 565-573.
- Norman, J., Walsh, N. M., Mugavin, J., Stooze, M. A., Kelsall, J., Austin, K., & Lintzeris, N. (2008). The acceptability and feasibility of peer worker support role in community based HCV treatment for injecting drug users. *Harm Reduction Journal*, 5, 8.
- O'Hagan, M., Cyr, C., McKee, H., & Priest, R. (2010). Making the Case for Peer Support: Report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada: Mental Health Commission of Canada.
- Ouimette, P., Humphreys, K., Moos, R. H., Finney, J. W., Cronkite, R., & Federman, B. (2001). Self-help group participation among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 25-32.
- Palepu, A., Marshall, B. D., Lai, C., Wood, E., & Kerr, T. (2010). Addiction treatment and stable housing among a cohort of injection drug users. *PLoS One*, 5(7), e11697.
- Repper, J., & Carter, T. (2010). Using Personal Experience to Support Others With Similar Difficulties: A Review of the Literature on Peer Support in Mental Health Services. Retrieved from <http://www.together-uk.org/uploads/pdf/SUID/usingpersexperience.pdf>
- Rogers, E. S., Teague, G. B., Lichenstein, C., Campbell, J., Lyass, A., Chen, R., & Banks, S. (2007). Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 785-799.
- Rogers, S. E., Chamberlin, J., Ellison, M. L., & Crean, T. (1997). A Consumer-Constructed Scale to Measure Empowerment Among Users of Mental Health Services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rowe, M., Bellamy, C., Baranoski, M., Wielet, M., O'Connell, M. J., Benedict, P., Sells, D. (2007). A peer-support, group intervention to reduce substance use and criminality among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58(7), 955-961.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing Recovery: A Methodology for Organizational Change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Shepherd, M. D., Schoenberg, M., Slavich, S., Wituk, S., Warren, M., & Meissen, G. (1999). Continuum of professional involvement in self-help groups. *Journal of Community Psychology*, 27(1), 39-53.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Solomon, P., & Draine, J. (1998). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. *New Directions for Mental Health Services*(79), 65-77.
- White, W. (2010b). *Peer-based Addiction Recovery Support: History, Theory, Practice and Scientific Evaluation*.

Wilson, S. (1996). Consumer empowerment in the mental health field. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 15(2), 69-85.

Wong, Y-L. I., Park, J.M., Nemon, H. Homeless Service Delivery in the Context of Continuum of Care. *Administration in Social Work* 30(1), 67-94.