

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

Patient expert en addictologie : Analyse des impacts de cette fonction sur leur propre parcours de soins, une analyse phénoménologique interprétative

ÉTUDE QUALITATIVE

DUVAL Michaël ■

Né le 17 juillet 1995 à Reims (51) ■

Sous la direction du Docteur MADIETA Lou ■

Membres du jury :

Professeur KAZOUR François | Président

Docteur MADIETA Lou | Directeur

Docteur PAREAUD Marine | Membre

Docteur GHALI Maria | Membre

Soutenue publiquement le :
16 octobre 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné, Michaël DUVAL,

déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'auteur le 21/09/2025

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :
 Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine

PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie

BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, Informatique Médicale	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTÉ	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE Médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine

PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
PIRAUX Arthur	OFFICINE	Pharmacie
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER

BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie

PRCE

AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	Santé

PAST-MAST

AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine

PLP

CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
--------------	------------------	----------

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur François KAZOUR, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci également pour votre pédagogie et votre accompagnement au CHU, toujours empreints de calme et de bienveillance.

À Monsieur le Docteur Lou MADIETA, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Ton soutien constant, ta bienveillance et tes conseils avisés m'ont guidé tout au long de ce travail.

À Madame le Docteur Marine PAREAUD, merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse, ainsi que pour l'éclairage que vous apportez, fort de votre expertise en addictologie et de votre expérience de la pair-aidance.

À Madame le Docteur Maria GHALI, merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury de thèse, ainsi que pour la solidité de votre expertise méthodologique et scientifique.

À Madame le Professeur Bénédicte GOHIER, merci pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de mon internat. Recevez Madame le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

Aux Docteurs VANNIER, BARBE, RAGOT, CLARISSE et LANDELLE, merci pour la richesse des apprentissages, votre bienveillance constante et le quotidien de travail à la fois serein et stimulant qui ont marqué cette dernière année à vos côtés.

À toute l'équipe soignante de Loire 1, merci pour votre fiabilité sans faille et votre bonne humeur, qui rendent le travail à vos côtés fluide et agréable jour après jour.

Aux Docteurs BRIÈRE et ROZET, merci pour ces apports en addictologie m'ayant permis de passer de la théorie à la pratique, dans un environnement sûr et bienveillant.

À l'équipe paramédicale de l'Hôpital de Jour d'Addictologie du CHU, merci pour ces moments de partage, de rires, et pour tous vos précieux conseils que j'applique aujourd'hui au quotidien.

À toutes les autres équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueilli durant l'internat, vous avez été pour moi source d'enseignements et d'inspiration.

Aux patients experts, merci pour la richesse de vos témoignages et la qualité de vos échanges ; ce travail est, en grande part, le vôtre.

À mes parents, merci de m'avoir soutenu et permis d'entreprendre ces études dont je vous parlais déjà en maternelle. Ces deux difficiles années de P1 paraissent désormais bien loin.

À mes grands-parents, bien que vous ne soyez plus là aujourd'hui, je sais au plus profond de moi que vous êtes fiers du chemin parcouru.

À mon oncle, ma tante, mon cousin et ma cousine, même si l'on se voit peu, le temps passé ensemble est toujours un réel plaisir.

À mes beaux-parents, merci pour tous ces beaux moments que nous partageons ensemble, et pour votre soutien depuis toutes ces années.

À Hugo (dit « le Man »), merci pour ta présence, ton écoute et ta bonne humeur lors de ces quatre derniers semestres passés ensemble.

À Anne, merci d'être le pilier central de « l'addicto team ». Merci pour les éclats de rires, les discussions sans fin, l'organisation de journées et soirées frissons.

À Maelys, merci pour ta gentillesse et ta bienveillance qui n'ont pas d'égal.

À André, et au reste de notre superbe promo d'interne.

À Etienne, merci de piloter mon cursus « jeux de société ». À ton contact, je fais beaucoup de progrès.

À Geoffrey et Fred, merci pour ces conversations bien hydratées lors de nos haltes rue Boisnet.

À Clément, merci pour ces conversations, souvent bien hydratées rue Boisnet mais aussi ailleurs.

À Wendy, merci pour les fous rires qui sont déjà très nombreux. Passe le bonjour à Gérard de ma part !

À Alvin, merci d'être toi, ne change jamais.

À la team de Reims, à Simon et Mazarine, à Laëtitia et Vincent.

À Mathilde, merci de faire partie de ma vie depuis maintenant 8 ans. Merci pour ton énergie, ton soutien, notre complicité et nos moments de folie. J'avance chaque jour grâce à toi. Je t'aime.

À Bacchus et Bergamote.

LISTE DES ABREVIATIONS

AA	Alcooliques Anonymes
APEA	Association des Patients Experts en Addictologie
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CHU	Centre hospitalier universitaire
CP	Conditions protectrices
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DU	Diplôme universitaire
EPAC	Expert patient in addiction care
FPEA	France Patients Experts Addictions
JD-R	Job Demands-Resources
NA	Narcotiques Anonymes
PEA	Patient expert en addictologie
TLU	Trouble de l'usage

PLAN

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	7
1. Recrutement	7
2. Caractéristiques de l'échantillon	7
3. Impacts de la fonction de PEA	8
3.1. Bénéfices de la fonction de PEA	10
3.2. Risques, limites et vulnérabilités de la fonction de PEA	14
3.3. Conditions protectrices de la fonction de PEA	19
DISCUSSION	23
1. Rappel des principaux résultats	23
2. Comparaison avec la littérature	23
3. Présentation du modèle rôle – charge - soutien	24
4. Comparaison des résultats du modèle avec la littérature	30
5. Implications et perspectives	31
5.1. Proposition d'une check-list d'accueil des PEA	31
5.2. Proposition d'un guide pratique complémentaire	34
6. Limites de l'étude	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX	44
TABLE DES MATIÈRES	45
ANNEXES	47

INTRODUCTION

En France, les troubles liés à l'usage de substances constituent un enjeu majeur de santé publique (1). En effet, sur la dernière année, parmi les 18 – 64 ans, environ 40 M de personnes ont consommé de l'alcool, 15 M du tabac, 5 M du cannabis, 1,1 M de la cocaïne et 750 000 de l'ecstasy (2). Cette consommation est associée à une morbi-mortalité importante. Pour exemple, le tabac et l'alcool sont respectivement les 1^{re} et 2^e causes de décès évitable avec environ 75 000 et 40 000 décès/an) (3-4).

Entre simple consommation et pathologie, on observe un passage progressif : de l'usage à risque à l'usage nocif, puis au trouble lié à l'usage (défini par des critères cliniques tels que perte de contrôle, craving, tolérance, sevrage et retentissement fonctionnel). Cette trajectoire n'est ni uniforme ni obligatoire, mais elle s'accompagne d'une mortalité/morbidité élevées et de dommages sociaux majeurs (accidents, maladies chroniques, troubles psychiques, désinsertion) (5).

L'addiction est une maladie chronique, rythmée par des phases de rémission et de rechute, qui exige un suivi prolongé et des soins combinés. Les parcours, souvent longs et complexes, doivent être continus, coordonnés (ville-hôpital-médico-social) et personnalisés (6). Ils incluent le repérage précoce (pouvant utiliser des auto-questionnaires validés : AUDIT pour l'alcool (7), Fagerström pour le tabac (8), CAST pour le cannabis (9)), les interventions brèves et l'orientation si besoin vers des prises en charge spécialisées : sevrages (ambulatoires/hospitaliers), post-cures et usage de thérapies ajustées au stade évolutif et à la substance (10-12).

Dans les suites de travaux ayant montré les bénéfices de la pair-aidance dans des pathologies chroniques telles que le diabète, son recours se développe dans l'accompagnement au long cours des troubles liés à l'usage de substances. Parce qu'il s'agit de maladies chroniques, ces troubles se prêtent particulièrement à une approche centrée sur le patient, intégrant la participation (13) et la pair-aidance (14). Par ailleurs, en dehors des sphères médicales, la pair-aidance est historiquement ancrée en addictologie, notamment au sein des mouvements d'entraide Alcooliques Anonymes et Narcotiques Anonymes (15), dont l'efficacité pour limiter les rechutes est documentée (16).

Pour améliorer la qualité de l'accompagnement et répondre à la demande de formation de patients avec un TLU en arrêt d'usage ancien, désireux de s'impliquer davantage dans le soutien mutuel, le statut de patient expert en addictologie (PEA) s'est développé. Ce statut professionnel va de pair avec une formation spécifique et une expérience reconnue (17).

Les PEA, forts de leur expérience personnelle de l'addiction et du rétablissement, proposent un accompagnement spécifique, en complément de la prise en charge par les équipes soignantes (18). Les bénéfices pour les patients accompagnés sont documentés : meilleure adhésion aux soins, diminution du sentiment de stigmatisation, relation de confiance fondée sur l'empathie et la compréhension mutuelle, engagement accru dans le parcours, motivation au changement et renforcement de l'auto-efficacité par effet-modèle (19-22).

Par ailleurs, de précédents travaux suggèrent que l'activité de PEA bénéficie également aux pairs eux-mêmes : estime de soi et confiance renforcées, sentiment

d'accomplissement, capacité accrue à relever leurs propres défis (22) avec aussi un effet positif sur leur propre rétablissement (23).

Cependant, à notre connaissance, les aspects négatifs des retentissements personnels du travail de PEA en addictologie demeurent peu étudiés. Cette interrogation est d'autant plus nécessaire que, dans le champ de la psychiatrie, plusieurs travaux ont montré que la pair-aidance peut être émotionnellement exigeante (exposition aux crises, récits potentiellement réactivant), exposer à la sur-implication et au brouillage des limites, et s'accompagner de contraintes organisationnelles (ambiguïtés de rôle, reconnaissance inégale, tensions d'équipe) susceptibles d'alimenter une détresse morale et in fine une dégradation de la santé mentale (24-25).

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer de manière exhaustive l'expérience des PEA, en documentant ses dimensions positives et négatives, en analysant leur place et leur fonction perçues, et en identifiant les risques et besoins ressentis dans l'exercice professionnel.

MÉTHODES

Nous avons mené une étude qualitative d'approche phénoménologique, de posture inductive et interprétative, fondée sur des entretiens semi-directifs.

La population étudiée regroupait des patients experts certifiés en addictologie, exerçant activement cette fonction depuis au moins un an.

Les critères d'inclusion étaient : être majeur, exercer la fonction de patient expert depuis ≥ 1 an, rapporter être abstinent d'alcool et de substances psychoactives (hors tabac) et avoir donné un consentement libre et éclairé.

Les critères de non-inclusion étaient : une consommation active d'alcool ou de substances psychoactives (hors tabac), une abolition de la capacité à consentir, et des difficultés majeures de compréhension ou d'expression en français susceptibles de compromettre l'entretien.

Afin de maximiser la variance des points de vue, nous avons construit l'échantillon sur un principe de triangulation des profils (ancienneté dans le rôle, type de missions, contextes d'exercice). Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, selon une méthode dite « en boule de neige », via les réseaux associatifs APEA (Association des Patients Experts en Addictologie) et FPEA (France Patients Experts Addictions), après diffusion d'une lettre d'information (disponible en annexe 1) associée à un appel à participation décrivant les critères d'éligibilité. Les participants ont été recrutés selon la triangulation jusqu'à saturation des données. Les contacts avec les PEA et la planification des entretiens ont été réalisés par téléphone et/ou email.

Les entretiens se sont déroulés, de mars à juin 2025, à distance, en visioconférence (via le logiciel *Jitsi*) après recueil d'un consentement éclairé écrit. Chaque entretien durait environ 90 minutes et suivait un guide souple couvrant : représentations de la fonction de patient expert, parcours et motivations, bénéfices personnels et professionnels, risques et limites du rôle, et conditions protectrices (disponible en annexe 2).

Tous les échanges ont été enregistrés puis transcrits intégralement. Les citations mobilisées dans les résultats sont reproduites au mot près et identifiées par un code d'entretien (E1-E10) et une pagination interne au corpus.

L'analyse des différents verbatims a suivi une approche thématique inductive, inspirée de la méthode de Braun et Clarke (2006, *Using thematic analysis in psychology*).

Concrètement, nous avons :

- 1) pris le temps de nous familiariser avec l'ensemble des transcriptions ;
- 2) produit des codes initiaux ligne à ligne en restant proches des formulations des participants ;
- 3) regroupé ces codes en thèmes provisoires ;
- 4) révisé et affiné ces thèmes par allers-retours avec le corpus ;
- 5) défini et nommé les thèmes et sous-thèmes de façon précise ;
- 6) rédigé le rapport analytique en sélectionnant des extraits représentatifs.

Le codage a été réalisé manuellement, sans recours à un logiciel spécialisé. La diversité de l'échantillon (ancienneté, missions, contextes) a été utilisée comme levier pour éprouver la robustesse des thèmes : lorsqu'un motif apparaissait chez des profils contrastés, nous le considérons comme particulièrement solide. Tout au long du processus, nous avons adopté une posture réflexive (attention portée à nos propres

présupposés, aller-retours entre données et interprétations) afin de limiter les biais d'interprétation et de rester au plus près des verbatims.

Sur le plan de l'éthique et de la confidentialité, l'étude a été préalablement soumise au comité d'éthique du CHU d'Angers, enregistrée sous le numéro 2025-041 (Annexe 3). Les données ont été anonymisées ; les participants sont identifiés par des codes (E1-E10) et aucune information nominative ou indirectement identifiante n'est rapportée. Les enregistrements et transcriptions ont été conservés de manière sécurisée. L'ensemble du travail a été conduit dans le respect des principes éthiques applicables aux recherches qualitatives en santé.

RÉSULTATS

1. RECRUTEMENT :

Treize PEA ont répondu à notre appel à participation ; trois n'ont pas été inclus car ils ne remplissaient pas l'un des critères d'inclusion (avoir au moins un an d'exercice de la fonction).

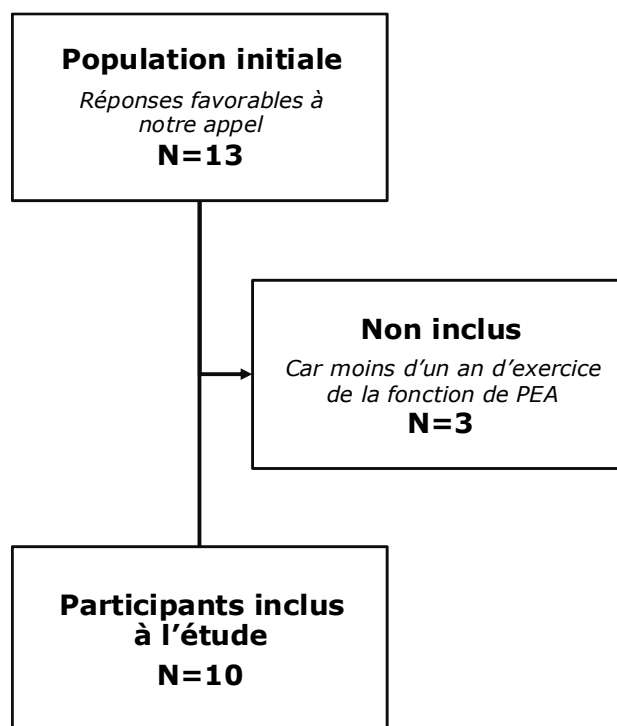


Figure 1 - Organigramme de recrutement de l'étude

2. CARACTERISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON :

L'échantillon comprend 10 PEA avec une parité hommes/femmes (50/50 %), d'un âge moyen de 55,4 ans, avec une abstinence moyenne de 11,8 années. L'ancienneté moyenne dans la fonction est de 3,65 années, répartie de façon hétérogène (50 % entre 1 et 3 ans, 20 % entre 3 et 6 ans, 30 % entre 6 et 10 ans), ce qui nous a offert des points de vue de pairs débutants à confirmés. Les PEA interviennent majoritairement en structures d'addictologie (90 %), mais aussi en entreprises (30

%) et dans des écoles (20 %). Ils cumulent des activités d'accompagnement et de prévention/sensibilisation (100 % chacun), ainsi que de formation (50 %) et d'enseignement (30 %), dessinant un profil polyvalent et trans-sectoriel de la fonction.

Tableau I - Caractéristiques de l'échantillon des PEA inclus

CARACTÉRISTIQUES DE L' ÉCHANTILLON DE PEA INCLUS <i>N = 10</i>		
Genre		
Homme	5	50%
Femme	5	50%
Âge (en années)		
Moyenne	55,4	
Intervalle	[41 - 65]	
Durée d'abstinence (en années)		
Moyenne	11,8	
Intervalle	[7 - 19]	
Durée d'exercice de la fonction de PEA		
Moyenne (en années)	3,65	
Répartition selon intervalle(en nombre de PEA)		
[1 à 3 ans d'exercice]	5	50%
[3 à 6 ans d'exercice]	2	20%
[6 à 10 ans d'exercice]	3	30%
Lieux d'activité de la fonction de PEA		
Structure d'addictologie	9	90%
Entreprises	3	30%
Écoles	2	20%
Type d'activité dans le cadre de la fonction de PEA		
Accompagnement patient	10	100%
Prévention, sensibilisation	10	100%
Formation	5	50%
Enseignement	3	30%

3. IMPACTS DE LA FONCTION DE PEA :

Le rôle de patient expert en addictologie (PEA) présente des retombées personnelles multiples. En général, les PEA formulent de nombreux avantages liés à leur engagement. Toutefois, ce rôle comporte aussi des défis importants. Les témoignages

recueillis lors de ces entretiens permettent d'organiser ces observations en trois axes majeurs : I- les bénéfices perçus, II-les risques limites et vulnérabilités, et III- les conditions protectrices. Nous présentons ci-dessous ces trois axes en illustrant les propos par des citations des verbatims des PEA. Chaque citation étant référencée par son code (E1-E10) et la pagination correspondante dans le verbatim en question. L'ordre de présentation des sous thèmes reflète la récurrence des thèmes dans les verbatims, que l'on précisera de cette manière (X /10). Le résumé de la fréquence des thèmes abordés est rapporté dans le tableau II, disponible ci-dessous :

Tableau II - Matrice de synthèse des résultats

MATRICE DE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS <i>Analyse thématique inductive, Braun & Clarke, 2006 N / 10 = nombre d'entretiens où sous-thème est présent.</i>					
I. Bénéfices de la fonction de PEA		II. Risques, limites et vulnérabilités de la fonction de PEA		III. Conditions protectrices	
1. Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi	10 — 10	1. Surcharge émotionnelle face à la souffrance du patient	10 — 10	1. La reconnaissance institutionnelle et l'intégration dans l'équipe soignante	10 — 10
2. Consolidation du rétablissement personnel (effet miroir thérapeutique)	10 — 10	2. Résonance traumatique et identification excessive	7 — 10	2. La supervision, le tutorat et l'encadrement professionnel	9 — 10
3. Sentiment d'utilité sociale et accomplissement personnel	10 — 10	3. Surcharge mentale et surinvestissement	5 — 10	3. Le degré de stabilité dans le rétablissement (ancienneté de l'abstinence)	6 — 10
4. Acquisition de connaissances théoriques	7 — 10	4. Confusion des rôles et empiètement sur la vie personnelle	4 — 10	4. La capacité à poser des limites et à dire « non »	5 — 10
5. Développement de compétences pratiques	6 — 10	5. Sur-responsabilisation et « syndrome du sauveur »	3 — 10	5. Le soutien par les pairs et le sentiment d'appartenance	4 — 10
6. Redécouverte d'un sens à sa vie et alignement professionnel	6 — 10	6. Risque d'exposition à des stimuli addictifs	3 — 10		
7. Légitimité accrue et affirmation de soi	4 — 10	7. Surcharge de travail et épuisement physique	3 — 10		
8. Intégration au sein d'une équipe et d'un réseau professionnel	3 — 10	8. Sentiment d'impuissance face aux limites du système de soin	2 — 10		
9. Reconnaissance familiale et sociale	2 — 10	9. Manque de reconnaissance et limites structurelles	2 — 10		
		10. Risques de dérives de la pratique de patient expert en addictologie	2 — 10		

3.1 Bénéfices de la fonction de PEA :

3.1.1 Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi (10/10) :

En assumant ce rôle, les patients experts notent une augmentation notable de leur estime de soi, ainsi que de leur confiance en eux. Ils réalisent alors la valeur de leur vécu, ce qui restaure leur confiance personnelle : « L'estime de soi [...] j'ai progressé [...] lentement [...] mais considérablement » (E5, p.11). De même, certaines rapportent n'avoir « plus honte » de leur passé, l'ayant « plutôt transformé en une force » (E1, p.6). Ces évolutions personnelles sont vécues comme un gain de fierté. Plusieurs affirment être désormais « fier(e) de ce que [ils font] » et se sentir enfin « légitimes » à parler en tant qu'aïdants (E6, p.15-16).

3.1.2 Consolidation du rétablissement personnel (effet miroir thérapeutique) (10/10) :

Aider les autres renforce leur propre abstinence. Le partage d'expérience agit comme un miroir et rappelle le chemin parcouru : « Ça me remet en miroir mes propres problématiques [...] c'est très thérapeutique pour moi aussi » (E3, p.3). L'intervention auprès de pairs en difficulté agit également comme une « piqure de rappel » protectrice « C'est un excellent moyen de ne pas retourner d'où je viens [...], [c'est] une piqure de rappel, [...] un bon moyen de se protéger aussi » (E9, p.15).

3.1.3 Sentiment d'utilité sociale et accomplissement personnel (10/10) :

Les PEA éprouvent un sentiment profond d'accomplissement en se rendant utiles aux autres. La satisfaction « d'aider autrui » et de « contribuer

positivement à la société», leur donne l'impression de «faire du bon boulot» et d'être «utile» (E3, p.5). Les retours positifs renforcent leur fierté : «redonner de l'espoir» aux patients leur apporte «énormément» de satisfaction (E3, p.5). Leur exemple inspire également les équipes et ravive «l'espoir» des «soignants» (E3, p. 6).

3.1.4 Acquisition de connaissances théoriques (7/10) :

La certification et la formation universitaire en addictologie élargissent et solidifient leurs connaissances : «Le DU, j'en avais besoin [...] c'est une base de connaissances théoriques que je mélange avec ma connaissance pratique» (E9, p. 16). Ces apports intellectuels multiples (mécanismes biologiques, modalités d'action des substances, modalités de traitement...) permettent d'éclairer scientifiquement leur vécu : «Maintenant que je connais, en gros, comment [un produit] agit sur le cerveau...» (E4, p. 11). En combinant savoir empirique et théorique, ils gagnent en compétence et en assurance pour transmettre leur savoir.

3.1.5 Développement de compétences pratiques (6/10) :

En parallèle, ils développent des compétences d'aide et de pédagogie. Formations et terrain affinent l'écoute, la communication et l'animation de groupes. Beaucoup découvrent des aptitudes insoupçonnées : «Je ne savais pas que j'avais autant de compétences. [...] Ça a mis en lumière mon expérience bénévole» (E5, p. 9-10). Ils acquièrent aussi de nouvelles méthodes (ex : approche centrée sur la personne) et apprennent à créer un lien avec des patients réticents : «[J'arrive] à créer un lien [avec les

patients] là où [mes collègues] n'avaient jamais réussi » (E1, p. 5). Au total, le rôle professionnalise des compétences issues du vécu et en fait émerger d'autres, élargissant leur palette relationnelle.

3.1.6 Redécouverte d'un sens à sa vie et alignement professionnel (6/10) :

Le rôle redonne un sens au parcours, transformant un passé douloureux en ressource utile « Aider les autres, ça donnait du sens au gâchis que [elle] avait fait pendant 19 ans » (E8, p. 8). Beaucoup disent avoir « trouvé un but » à leur existence (E5, E9, E4). « J'ai enfin trouvé... un but [...] c'est vraiment un but », et se sentir « capable de beaucoup de choses » (E6, p. 9). L'activité de PEA s'accorde avec leurs valeurs et leur identité. « Aujourd'hui, ce que je fais a beaucoup plus de sens [...] je me sens beaucoup plus aligné » (E9, p. 14). Plusieurs en font un projet de carrière : « j'ai envie d'en faire mon métier » (E4, p. 10). Cet alignement valeurs-histoire-travail nourrit une forte satisfaction d'utiliser leur vécu positivement.

3.1.7 Légimité accrue et affirmation de soi (4/10) :

Le titre de PEA et l'expérience accumulée renforce leur crédibilité et leur sentiment de légitimité auprès des soignants et de l'institution. La certification sert d'appui : « c'est la légitimité de me dire: Voilà, j'ai la certification, ce n'est pas rien » (E4, p. 12). Beaucoup se sentent enfin « à [leur] place » (E2, p. 10) et osent s'affirmer : « J'ai appris aussi à m'affirmer, face à une équipe [...] réticente » (E1, p. 6). Avec le temps, la

reconnaissance des autres grandit : un médecin se dit « content que [le patient expert] fasse partie de l'équipe, que ça va amener un plus » (E2, p. 10).

3.1.8 Intégration au sein d'une équipe et d'un réseau professionnel (3/10) :

Au-delà de l'individu, l'appartenance à une communauté est un vrai gain. Beaucoup de PEA sont intégrés aux équipes : « On est intégré dans l'équipe de soins [...] la journée commence par le staff [...] entretien individuel et animation de groupes » (E9, p. 11-12), signe de reconnaissance et d'appartenance. Parallèlement, la certification et les plateformes d'échange structurent un réseau national : « Ça m'a permis de rencontrer pas mal de personnes et d'étendre mon réseau » (E4, p. 12), enrichissant la vision du métier et fournissant un soutien mutuel.

3.1.9 Reconnaissance familiale et sociale (2/10) :

Enfin, la fierté des proches, bien que moins souvent évoquée, est un bénéfice moral important : retrouver leur confiance après l'addiction est vécu comme une réhabilitation. « La plus grande validation que j'ai eue, c'est mon fils [...] "Je suis fier de qui tu es, je suis fier de ce que tu es" » (E8, p. 27). D'autres notent que « mes proches [...] étaient très, très, très fiers » (E1, p. 8) de leur nouvel engagement. Ces marques de reconnaissance familiale rehaussent l'estime de soi et soutiennent la motivation à poursuivre ce rôle.

À côté de ces apports substantiels, les PEA décrivent aussi des zones de fragilité liées à l'exercice.

3.2 Risques, limites et vulnérabilités de la fonction de PEA :

3.2.1 Surcharge émotionnelle face à la souffrance du patient (10/10) :

L'exercice de PEA expose, de façon répétée, à la détresse et la souffrance des personnes accompagnées, avec un réel risque de débordement émotionnel. « Emotionnellement c'est difficile » (E1, p.9), confie l'une d'elle, se décrivant comme très sensible aux récits tragiques qu'elle entend. Une autre reconnaît avoir été « profondément ébranlée » (E8, p.21) par l'histoire d'une patiente de 19 ans en grande précarité, appuyant ce point en disant « vous imaginez combien ça a pu me brasser » (E8, p.21). Ces situations témoignent d'un risque de fatigue compassionnelle : face aux souffrances rencontrées, le PEA peut traverser tristesse, colère ou désarroi, jusqu'à s'épuiser psychologiquement en l'absence de soutien.

3.2.2 Résonance traumatique et identification excessive (7/10) :

Certaines histoires résonnent avec le vécu du PEA et réactivent des souvenirs traumatiques : « Il y a des situations dont je me souviens où j'ai froid dans le dos » (E5, p. 13) ; « Les violences sexuelles [...] c'est encore douloureux » (E4, p. 17). Dans ces moments, prendre du recul « en faisant un petit pas en arrière » et s'appuyer sur sa thérapie (E4, p. 17) s'avèrent nécessaires. En d'autres termes, le récit d'autrui peut raviver son propre traumatisme, d'où l'importance d'identifier ses propres vulnérabilités et au

besoin, de recourir à un soutien (psychologue, supervision) pour mieux distinguer son vécu de celui du patient.

3.2.3 Surcharge mentale et surinvestissement (5/10) :

L'engagement initial des PEA, souvent passionné, peut virer au « travail incessant » et à la pression continue, avec la difficulté à décrocher : « je n'ai pas réussi à mettre [mes] limites [...] quand je rentrais chez moi, j'envoyais des messages à mes collègues pour savoir si elles avaient des nouvelles » (E1, p. 9). Cette sollicitation en dehors des horaires travaillés entretient une charge mentale permanente. La prise de recul passe parfois par une coupure franche : « des vacances [...] ça [m']a fait un bien fou » (E7, p. 14). Le cumul de missions (formations, interventions, emploi parallèle) multiplie la fatigue et, sans limites claires, expose au stress chronique et au burn-out. Avec l'expérience, les PEA apprennent à « déconnecter », refuser certaines sollicitations et accepter leurs limites pour préserver leur santé mentale (E1, p. 9).

3.2.4 Confusion des rôles et empiètement sur la vie personnelle (4/10):

La frontière entre vécu de l'addiction et rôle professionnel est souvent floue : « C'est compliqué parce que [...] j'ai l'impression que je suis tout le temps dans l'addiction. Je travaille dans l'addiction, j'ai mon propre rétablissement » (E1, p. 11). Cette intrication vie privée/activité d'aide fragilise l'équilibre, d'où la nécessité de poser des limites (par ex. ne plus recevoir d'appel téléphonique de patient le soir (E1, p.12)). La confusion peut aussi toucher la relation d'aide : « J'ai encore un peu de mal à me

dissocier... dire que c'est moi le professionnel, [qu'eux ce sont les patients] » (E2, p. 14). Le statut hybride peut aussi compliquer le retour au rôle de patient : « Je ne suis plus innocent du tout » en consultation (E9, p. 20).

3.2.5 Sur-responsabilisation et « syndrome du sauveur » (3/10) :

Au début, certains PEA veulent « sauver tout le monde », s'attribuant trop de responsabilités : « On peut vite être dans la toute-puissance [...] perdre un peu les pédales [...] je voulais aider tout le monde » (E7, p. 11-12). Dès lors, chaque rechute de patient est vécue comme une faute personnelle, « Qu'est-ce que j'ai fait de mal... ? » (E5, p. 12), avec culpabilité et déception. Avec l'expérience, beaucoup apprennent à « lâcher prise » et à accepter de ne pas tout contrôler ; l'une reconnaît qu'elle était « dans la toute-puissance » avant d'apprendre l'humilité (E7, p. 12). Mais, tant que ce travers n'est pas repéré, il reste une vulnérabilité fréquente, exposant à l'épuisement émotionnel.

3.2.6 Risque d'exposition à des stimuli addictifs (3/10) :

Intervenir auprès de personnes en consommation expose à des déclencheurs (produits, matériel, environnement) susceptibles de raviver craving ou rechute. En situation de fragilité, cette proximité peut nourrir la tentation de consommer « À un moment, [...] je peux avoir une journée de merde et [...] ils ont tous à peu près du produit sur eux. Je peux en venir à me dire, encore, c'est peut-être la solution à mon problème » (E2, p.11). D'où la nécessité, pour les PEA, de fixer des limites strictes afin de protéger leur propre rétablissement : « J'avais mis un non tout de suite [...] Je ne

veux pas avoir du produit dans les mains, surtout héroïne ou cocaïne [...] ça a été entendu » (E1, p. 10).

3.2.7 Surcharge de travail et épuisement physique (3/10) :

Le rôle de PEA impose aussi une charge physique non négligeable : interventions multisites, déplacements, longues journées. « Au début, j'étais vraiment multisite [...] c'était un peu beaucoup » au point de finir « complètement crevée » (E1, p.11). En formation intensive, on « donne tout » et on ressort « complètement crevée » (E7, p.19). La fatigue s'accumule « Il ne faut pas sous-estimer l'aspect [et l'] impact physique » (E10, p.31). Pour prévenir le burn-out, plusieurs ont négocié leur planning (E1, p.11). Il est donc essentiel pour le PEA de calibrer la charge horaire et le nombre de missions.

3.2.8 Sentiment d'impuissance face aux limites du système de soin (2/10) :

Par leur vécu, les PEA sont souvent les premiers témoins des manques du système et en tirent une forte frustration. Au CSAPA, « on n'a pas d'infirmière pour faire les pansements, [pour] leur donner une antibiothérapie » (E1, p. 10), si bien que des usagers repartent sans soins. Elle relate aussi un passage aux urgences : 8 heures d'attente sans prise en charge, le patient repart « saignante aux jambes [...] incroyable » (E1, p. 12). Ces situations où « on ne traite pas l'urgence » (E1, p. 12) heurtent et démoralisent le PEA, qui se sent alors « limité et impuissant » face à ces obstacles structurels (E1, p. 12). Même constat en réduction des risques,

sans perspective de sevrage : « un sentiment d'impuissance » (E2, p. 11).

Cette impuissance, contraire à leur volonté d'aider, peut conduire au découragement ou au retrait si les structures n'évoluent pas.

3.2.9 Manque de reconnaissance et limites structurelles (2/10) :

Le statut flou et l'absence de cadre légal jouent contre les PEA : beaucoup soulignent l'absence de rémunération et de statut officiel « On n'est pas payés du tout [...] Il n'y a pas de grille de rémunération [...] Ça veut dire que ce métier n'existe pas » (E8, p. 28-29). Cette précarité nourrit le sentiment d'être un « électron libre », n'étant ni soignant diplômé, ni vraiment patient (E3, p. 4). L'encadrement est souvent insuffisant : « pas assez encadrée ni assez soutenue » (E4, p. 13), « pas de supervision » (E4, p. 15). Sans espaces de parole dédiés, un cas traumatisant peut donc les « laisser tout seul avec ça » et mener à rechute ou dépression (E4, p. 14). Tant que le métier n'est pas institué (statut, certification reconnue, supervision, budgets), la position reste précaire.

3.2.10 Risques de dérives de la pratique de PEA (2/10) :

Enfin, plusieurs PEA alertent sur des dérives potentielles de leur fonction : sans cadre éthique ni supervision, l'isolement peut gonfler l'ego. « Le danger de cette pratique, c'est de la faire seule » (E8, p. 23) ; certains peuvent « se prendre pour des gourous, qui savent même mieux que le corps médical » (E8, p. 23). D'où l'exigence d'humilité face à la tentation de se poser en « addictologue » (E10, p. 11) : « Il ne faut pas se prendre pour un soignant » (E10, p. 26). Ces dérives menacent alors les patients

mais aussi les PEA eux-mêmes ; rester dans un rôle complémentaire, sous supervision et avec une formation éthique, est indispensable.

Face à ces vulnérabilités, des leviers concrets sécurisent la pratique : ce sont les conditions protectrices.

3.3 Conditions protectrices de la fonction de PEA :

Pour limiter ces risques et préserver leur équilibre, les PEA identifient plusieurs facteurs protecteurs essentiels combinant soutiens institutionnels et personnels leur permettant de bénéficier d'un cadre de protection psychique et pratique.

3.3.1 La reconnaissance institutionnelle et l'intégration dans l'équipe soignante (10/10) :

La reconnaissance institutionnelle est un puissant facteur protecteur. Un statut clair et valorisant (fiche de poste, salaire, intégration dans une équipe) crée un cadre sécurisant ; à l'inverse, l'absence de statut fragilise : « ce n'est pas reconnu [...] tu vas commencer tout en bas de l'échelle à 1400 euros par mois » (E10, p. 23), et l'on se sent « électron libre [...] on n'appartient vraiment pas aux équipes soignantes » (E3, p. 4). Lorsque l'institution inclut réellement les PEA (réunions, horaires respectés, considération de collègue), la sécurité perçue augmente : « un patient expert [...] fait partie des équipes à part entière [...] le travail doit se faire main dans la main » (E6, p. 17). Cette reconnaissance se traduit aussi par des retours concrets : « content que [le patient expert] fasse partie de l'équipe, que ça va amener un plus » (E2, p. 10).

3.3.2 La supervision, le tutorat et l'encadrement professionnel (9/10) :

Au-delà de l'esprit d'équipe, un encadrement structuré est jugé « non négociable » : « [La supervision] c'est le point non négociable de tout le dispositif [...] ça assure notre sécurité émotionnelle, ça rassure les soignants, l'institution, et puis le patient » (E7, p. 8). Concrètement, il s'agit de bénéficier régulièrement de temps avec des psychologues, superviseurs, groupes de soutien entre pairs (intervision) et tutorat en équipe. Cet espace permet de « vider son sac », d'analyser les situations et de prévenir les traumatismes secondaires : « un endroit où, quand il se passe des choses graves, [...] quelqu'un [est] vraiment disponible [...] ça va être de la supervision » (E4, p. 16). L'encadrement évite de rester seul avec ses difficultés (E4, p. 14), sécurise la pratique et rassure les professionnels. En bref, supervision et tutorat offrent un double appui technique (conseils, formation continue) et affectif (soutien, débriefing) pour durer dans la fonction sans « y laisser sa peau » (E7, p. 8).

3.3.3 Le degré de stabilité dans le rétablissement (ancienneté de l'abstinence) (6/10) :

L'ancienneté d'abstinence est un vrai gage de protection pour le PEA. Beaucoup jugent qu'il faut avoir « suffisamment avancé dans son parcours » avant de d'entrer dans cette fonction. Un minimum d'environ deux ans est souvent cité : « à minima deux ans d'abstinence [...] de tout produit » (E8, p.19-20). D'autres recommandent même un rétablissement encore plus solide : « tant que tu n'as pas 5 ans, tu es un nouveau [...] 5 ans d'abstinence, c'est bien [...] on est à l'abri » (E10, p.15-25). Avec les

années, la stabilité émotionnelle et les stratégies de gestion des envies se renforcent, on « oublie » en partie le produit ; les « piqûres de rappel » du rôle deviennent alors préventives « un aspect préventif à mon égard », (E8, p. 25). En bref, plus l'abstinence est ancienne, plus l'exercice est serein ; en phase de « nouveau », la fragilité persiste.

3.3.4 La capacité à poser des limites et à dire « non » (5/10) :

Fixer des limites claires est un levier anti-épuisement qui permet de se protéger émotionnellement (ne pas vouloir « sauver tout le monde »). D'un point de vue pratique, cela se traduit par le fait de ne plus être « disponible en permanence » et de déconnecter après le travail : « je ne peux pas sauver la Terre entière. Je peux juste être un déclencheur » ; il faut « déconnecter » (E1, p. 9). La pose de limites permet aussi de refuser les contextes à risque pour son rétablissement. « Je ne peux pas aider. [...] C'est très dangereux de fréquenter trop ce monde-là » (E2, p. 11-12) ; « J'avais mis un non tout de suite [...] Je ne veux pas avoir du produit dans les mains » (E1, p. 10). Ces refus sont généralement entendus par les employeurs. En balisant horaires, activités et terrains, le PEA préserve son abstinence et son efficacité dans la durée. C'est un équilibre gagnant : ni dévouement sans limites, ni retrait, mais la protection de son propre équilibre pour continuer à aider l'autre.

3.3.5 Le soutien par les pairs et le sentiment d'appartenance (4/10) :

Le partage entre pairs est central : ne pas « rester seul » face aux doutes. « J'appelais ma tutrice, mon parrain... J'allais en réunion. C'est la sécurité

émotionnelle [...] Il faut que je partage. Je ne reste pas seul avec tous ces doutes, ces peurs » (E2, p. 11). Réunions, parrainage NA/AA et solidarité, offre un exutoire (pour les émotions négatives) et renforce le sentiment d'être compris et soutenu. Ce réseau solidaire amortit les moments difficiles, allège la charge émotionnelle et aide à maintenir l'abstinence.

DISCUSSION

1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS :

Notre étude met en évidence que la fonction de PEA est associée à des perceptions bénéfiques pour les pairs eux-mêmes (estime de soi, consolidation du rétablissement, sentiment d'utilité, développement de connaissances et de compétences etc.). En miroir, les participants décrivent des risques/vulnérabilités (surcharge émotionnelle et mentale, résonance traumatique, surinvestissement, confusion des rôles, fatigue physique etc.). En parallèle, les participants identifient cinq conditions protectrices soutenant la fonction (reconnaissance institutionnelle et intégration d'équipe, supervision/tutorat/encadrement professionnel, stabilité du rétablissement, capacité à poser des limites et à dire « non », et soutien par les pairs et sentiment d'appartenance).

2. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE :

Notre étude confirme les bénéfices décrits dans la littérature, notamment un renforcement de l'estime et de la confiance en soi (22) et un impact favorable sur le rétablissement (23). En complément, nos entretiens font également apparaître d'autres bénéfices, tels qu'une redécouverte de sens et le développement de connaissances et de compétences utiles.

Concernant les aspects négatifs potentiels, nos résultats convergent avec une littérature (peu abondante en addictologie, mais plus étayée en santé mentale) décrivant des risques émotionnels, psychiques et physiques associés au rôle de pair-aidant, aggravés par un cadre organisationnel insuffisant (24-25).

Cette convergence, en cohérence avec la littérature, suggère de structurer la fonction de PEA autour des conditions protectrices.

3. PRÉSENTATION DU MODÈLE RÔLE – CHARGE – SOUTIEN :

De ces résultats, nous proposons un modèle opératoire de longévité professionnelle articulé autour de trois équilibres : un rôle clair, une charge régulée et un soutien réel.

Ces trois besoins sont nécessaires pour que les aspects professionnels positifs soient supérieurs aux coûts et risques liés à cette fonction

Ces trois axes répondent à trois questions qui structurent l'activité du PEA, tels qu'illustrés dans la figure 2 :

- **Rôle** : Quelle est ma place ici ? Quel est le périmètre de mes responsabilités ?
- **Charge** : Combien de situations prises en charge ? De quelle intensité émotionnelle ?
- **Soutien** : Quels sont les personnes et les dispositifs qui m'aident à me réguler et à transformer cette intensité en ressources professionnelles ?

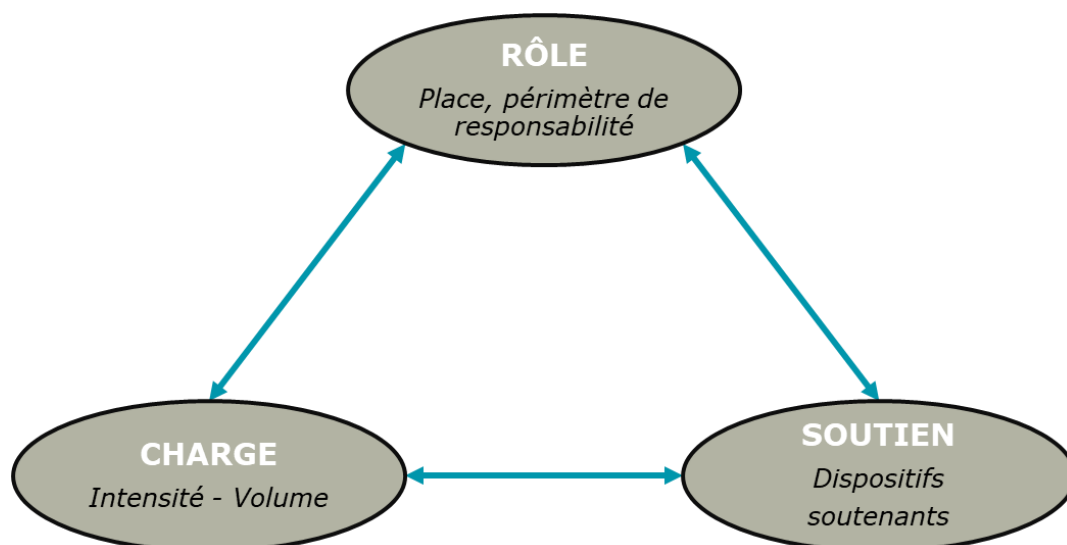


Figure 2 - Présentation du modèle Rôle – Charge – Soutien

Premier Besoin : Le Rôle

Il fixe le périmètre d'action du PEA (ce qu'il fait et ne fait pas, avec qui et jusqu'où).

Un rôle lisible réduit les attentes irréalistes, sécurise la pratique et répartit la responsabilité au bon niveau (équipe/institution). Les risques typiques d'un rôle flou ou mal institué sont : la confusion des rôles, l'empiètement vie professionnelle/personnelle, le « syndrome du sauveur », le manque de reconnaissance, les dérives de pratiques, le sentiment d'impuissance.

Second Besoin : La Charge

Elle désigne le volume, le rythme et la densité émotionnelle/cognitive des activités et expositions. La réguler, c'est-à-dire équilibrer les phases d'effort et de récupération, prévient la surcharge émotionnelle/mentale, l'épuisement et le surinvestissement.

Troisième Besoin : Le Soutien

Il regroupe les appuis humains, techniques et institutionnels (supervision, pairs, co-intervention, appui managérial). Sans soutien structuré, s'accroissent la résonance traumatique/identification excessive, la surcharge émotionnelle, la sur-responsabilisation, les dérives de pratiques, le manque de reconnaissance et l'impuissance face au système.

Articulation des Besoins : En pratique, chaque besoin conditionne les deux autres : un rôle clair diminue la charge et rend le soutien opérant ; un soutien installé renforce la clarté de rôle et aide à doser la charge ; une charge maîtrisée protège la posture de rôle et permet d'activer le soutien. Les bénéfices durent lorsque ces trois équilibres se tiennent ensemble. **À l'inverse, dès qu'un besoin cède** (rôle flou,

charge non régulée ou soutien insuffisant), **les coûts apparaissent**, compromettant la santé du PEA, la qualité des interventions et, à terme, sa tenue dans la fonction. » Les cinq **conditions protectrices** mise en avant par les patients dans la partie « résultats » s’inscrivent dans ce modèle « Rôle–Charge–Soutien ».

Chaque risque décrit dans les résultats renvoie à la rupture d’un de ces équilibres ; les conditions protectrices (CP1–CP5) constituent les leviers pour les restaurer. Les adaptations proposées traduisent ces leviers en pratiques, et les indicateurs servent à tester que l’équilibre tient dans le temps.

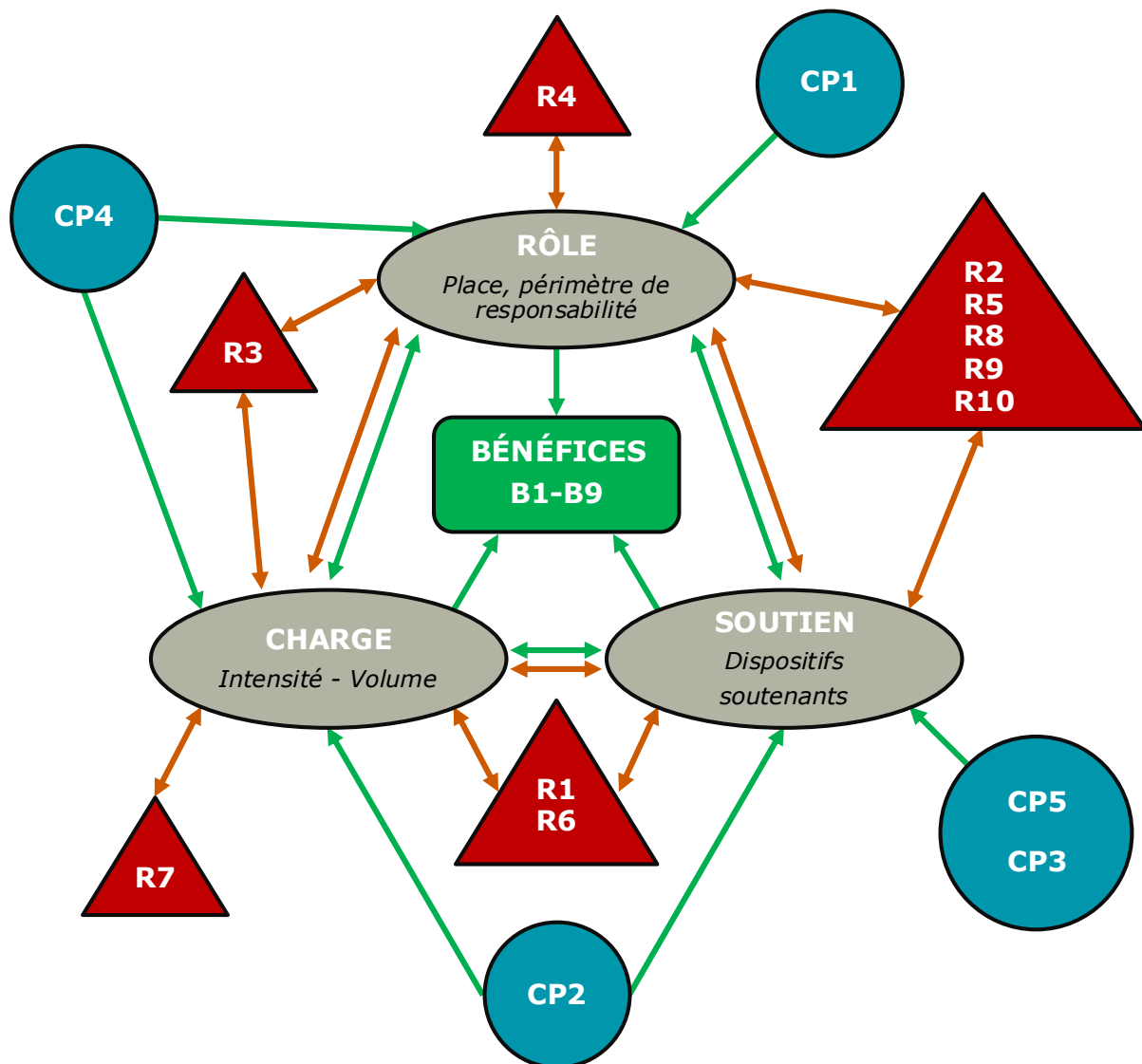


Figure 3 - Implications des résultats dans le modèle Rôle – Charge – Soutien

Bénéfices de la fonction de PEA :

- B1 : Renforcement de l'estime de soi et de la confiance en soi
- B2 : Consolidation du rétablissement personnel (effet miroir thérapeutique)
- B3 : Sentiment d'utilité sociale et accomplissement personnel
- B4 : Acquisition de connaissances théoriques
- B5 : Développement de compétences pratiques
- B6 : Redécouverte d'un sens à sa vie et alignement professionnel
- B7 : Légitimité accrue et affirmation de soi
- B8 : Intégration au sein d'une équipe et d'un réseau professionnel
- B9 : Reconnaissance familiale et sociale

Risques, limites et vulnérabilités de la fonction de PEA :

- R1 : Surcharge émotionnelle face à la souffrance du patient
- R2 : Résonance traumatique et identification excessive
- R3 : Surcharge mentale et surinvestissement
- R4 : Confusion des rôles et empiètement sur la vie personnelle
- R5 : Sur-responsabilisation et « syndrome du sauveur »
- R6 : Risque d'exposition à des stimuli addictifs
- R7 : Surcharge de travail et épuisement physique
- R8 : Sentiment d'impuissance face aux limites du système de soin
- R9 : Manque de reconnaissance et limites structurelles
- R10 : Risques de dérives de la pratique de patient expert en addictologie

Conditions protectrices :

- CP1 : La reconnaissance institutionnelle et l'intégration dans l'équipe soignante
- CP2 : La supervision, le tutorat et l'encadrement professionnel
- CP3 : Le degré de stabilité dans le rétablissement (ancienneté de l'abstinence)
- CP4 : La capacité à poser des limites et à dire « non »
- CP5 : Le soutien par les pairs et le sentiment d'appartenance

→ Un fléchage orange montre un impact négatif direct

→ Un fléchage vert montre un impact positif direct

Pour compléter la Figure 3, nous proposons un tableau récapitulatif présentant les correspondances entre les risques, les limites et les vulnérabilités ; les besoins concernés par chacun d'eux, ainsi que les conditions protectrices également concernées.

Tableau III - Correspondances entre risques, limites, vulnérabilités ; besoins associés et conditions protectrices

CORRESPONDANCES ENTRE RISQUES, LIMITES, VULNÉRABILITÉS ; BESOINS ASSOCIÉS ET CONDITIONS PROTECTRICES		
Besoins concernés	Risque, limites et vulnérabilités	Mesures concrètes et conditions protectrices concernées
Charge Soutien	<i>Surcharge émotionnelle</i>	Pose de limites et déconnexion (CP4) Supervision et co-intervention (CP2) Intégration institutionnelle (CP1) Soutien des pairs (CP5)
Soutien Rôle	<i>Résonance traumatique et identification excessive</i>	Supervision, tutorat et co-intervention (CP2) Soutien des pairs (CP5) Plan de sécurité ajusté à la stabilité (CP3)
Charge Rôle	<i>Surcharge mentale et surinvestissement</i>	Pose de limites et droit de refus (CP4) Régulation du planning en supervision (CP2) Cadrage institutionnel pour réduire le hors-cadre (CP1)
Rôle	<i>Confusion des rôles et empiètement vie personnelle</i>	Clarification et institutionnalisation de la fonction (CP1) Circuits de décision (CP2) Plages horaires non-sollicitables et refus motivés (CP4)
Soutien Rôle	<i>« Syndrome du sauveur » et sur-responsabilisation</i>	Recadrage en supervision et co-intervention (CP2) Pose de limites et refus (CP4) Soutien des pairs (CP5) Partage institutionnel de la responsabilité (CP1)

Piliers concernés	Risque, limites et vulnérabilités	Mesures concrètes et conditions protectrices concernées
Charge Soutien (personnel)	<i>Exposition à des stimuli addictifs</i>	Appui sur stabilité personnelle (CP3) Interdits opérationnels (CP4) Ajustements temporaires de charge (CP2)
Charge	<i>Surcharge de travail et épuisement physique</i>	Quotas, régulation en supervision (CP2) Pose de limites (CP4) Cadrage institutionnel pour réduire le hors-cadre (CP1)
Rôle Soutien	<i>Impuissance face aux limites du système</i>	Procédures de relais (CP2) Intégration aux équipes (CP1)
Rôle Soutien	<i>Manque de reconnaissance et limites structurelles</i>	Formalisation du statut, rémunération acceptable et intégration aux équipes (CP1) Encadrement régulier par supervision/tutorat (CP2)
Soutien Rôle	<i>Dérives de pratique</i>	Supervision clinique et formation éthique (CP2) Travail en équipe avec traçabilité (CP1) Soutien des pairs (CP5)

En Bref, chaque risque renvoie à un ou des besoins précis et se traite par une ou plusieurs condition protectrice (CP1-5). Les adaptations proposées plus tard dans cette discussion en sont la traduction opérationnelle.

4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DU MODÈLE AVEC LA LITTÉRATURE :

À notre connaissance, un modèle intégré tel que le modèle « **Rôle-Charge-Soutien** » appliqué aux PEA et plus largement aux pairs-aidant est peu documenté dans la littérature spécifique à l'addictologie. En revanche, des parallèles existent :

- Chez les pairs-aidant en santé mentale, où une insuffisance/variabilité du soutien clinique face à la charge émotionnelle (24) et une ambiguïté de rôle récurrente (25) sont décrites, mais le plus souvent séparément ; notre modèle en propose une articulation opératoire (Rôle-Charge-Soutien) adaptée à l'addictologie.
- Dans le champ de la pathologie professionnelle, le modèle "Job Demands-Resources" (JD-R) a surtout apporté un cadre prédictif robuste du burnout et de l'engagement, montrant que les exigences (charge quantitative, exigences émotionnelles, conflits/ambiguïté de rôle) alimentent la voie d'altération de la santé (fatigue, épuisement), tandis que les ressources (soutien, autonomie, feedback, clarté de rôle) activent la voie motivationnelle (engagement) (26). Il a aussi démontré l'effet tampon des ressources sur l'impact des exigences, identifié les exigences entravantes (dont l'ambiguïté de rôle) comme particulièrement délétères (27), et fourni des leviers opérationnels

(supervision, régulation des plannings, job crafting, clarification statutaire) (26). Autrement dit, le JD-R a structuré la prévention primaire du risque psycho-social : avec la volonté de réduire les exigences non nécessaires et d'augmenter les ressources clés (26). Notre modèle "Rôle-Charge-Soutien" transpose ces principes aux PEA en identifiant des cibles d'action directement disponibles : clarifier le Rôle (transformer une entrave en ressource), réguler la Charge, et densifier le Soutien (supervision/collectif), ce qui, selon la logique JD-R, diminue l'épuisement et soutient l'engagement.

5. IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES :

5.1 Proposition d'une check-list d'accueil des PEA :

Pour traduire ces résultats en actes, nous proposons une check-list d'accueil des PEA visant à standardiser leur arrivée et à sécuriser les 90 premiers jours, en alignant notre modèle « **Rôle-Charge-Soutien** » au travers des conditions protectrices (CP1-CP5). Son objectif est de clarifier le rôle, doser la charge et installer les soutiens dès l'entrée en fonction du PEA.

Mes 3 premiers mois dans le service

MA CHECK-LIST D'ACCUEIL

Cette check-list vous aide à démarrer votre fonction de PEA dans un cadre sûr (maintenu par un rôle clair, une charge mesurée et un soutien présent).

Pas à pas, cochez ce qui est fait : l'objectif est simple : être utile sans s'épuiser.

PHASE 1 Avant mon arrivée	☐ Périmètre de responsabilité défini, fiche de poste validée et remise (Rôle/CP1) <i>Ce que vous faites, ce que vous ne faites pas. Responsabilités et limites écrites.</i> ☐ Intégration aux équipes (remise de liste contacts, horaires clés, canaux de communication, précisions sur la traçabilité) (Rôle/CP1) <i>À qui s'adresser, quand, comment ; où consigner les interventions.</i> ☐ Référent de supervision nommé + calendrier de rendez-vous de supervisons définis et remis (Soutien/CP2). <i>Nom de votre superviseur ; fréquence et dates des supervisons déjà fixées sur 90 jours.</i> ☐ Programme de doublures/co-interventions planifié (Soutien/CP2). <i>Au début, les situation « sensibles » seront effectuée en binôme.</i> ☐ Règles de non-exposition (sites/situations/produits) formalisées (Charge/CP4). <i>Lieux/situations/produits interdits ou que vous choisissez de ne pas fréquenter/manipuler ; conduite à tenir en cas d'imprévu.</i> ☐ Plan de sécurité personnel amorcé (auto-signaux, conduites-à-tenir) (Soutien/CP3). <i>Début de la réalisation d'un plan de sécurité, comportant vos signaux d'alertes personnels, les personnes à prévenir, les différentes étapes à suivre.</i> ☐ Groupe de pairs identifié + dates de rencontres planifiées (Soutien/CP5) <i>Identité de vos pairs, fréquence et dates de vos rencontres définie.</i>
PHASE 2 Semaine 1	☐ Accueil institutionnel + présentation des équipe et services (Rôle/CP1). <i>Temps d'accueil permettant une présentation du service et des acteurs du soin.</i> ☐ Lecture accompagnée de la fiche de poste ligne par ligne (Rôle/CP1). <i>Clarification immédiate des points d'ambiguïtés potentiels.</i> ☐ Briefing « Traçabilité minimale » (où, quoi, quand) (Rôle/CP1). <i>Mieux comprendre ce que je note, où, quand, pourquoi ?</i> ☐ 1ère supervision (cadre, limites, objectifs) (Soutien/CP2). <i>Pose des objectifs de ce premier mois, pose de limites.</i> ☐ Co-interventions sur cas types (Soutien/CP2). <i>Mises en pratique, avec retour immédiat.</i> ☐ Quotas initiaux de situations et temps d'exposition fixés (Charge/CP2/CP4). <i>Nombre de situations fixées et limitées.</i>

PHASE 3 Semaines 2 à 4	☐ Point « limites et droit de refus motivé » (Rôle/CP4). Temps d'échange autour de vos limites et de la possibilité de refuser des demandes ; remise de formule pour vous aider à refuser des situations ; information sur la personne vers qui renvoyer votre interlocuteur. ☐ Ajustement quotas/rythmes après revue de cas (Charge/CP2/CP4). Après échange avec vous, on décide ensemble si on allège ou augmente le rythme. ☐ Intervision entre pairs effectuée (Soutien/CP5). Debrief avec des pairs, partage d'expériences et de conseils. ☐ Plan de sécurité complété et validé (Soutien/CP3). Finalisation du plan de sécurité.
PHASE 4 Mois 2 à 3	☐ Point « hors-cadre » : vers qui se tourner ? Circuits de relais possibles (Rôle/CP1). A qui transmettre des demandes qui sortent de mes missions. ☐ Élargissement contrôlé du périmètre (si PEA est d'accord) (Rôle/CP1). Temps d'échange pour définir si nous élargissons votre périmètre de responsabilité. ☐ Supervision régulière maintenue (au moins bimensuelle) (Soutien/CP2). Maintien d'une supervision. ☐ Bilan J+60 et J+90 : progression graduée du périmètre, avec appuis constants (supervision, pairs) et co-intervention pour les cas complexes (Rôle/Charge/Soutien). Temps de bilan définis, maintien d'une supervision dans la durée et de possibilité d'intervention en binôme dans les cas difficiles.
Indicateurs d'alerte <i>Parce que la prévention se joue en amont, une courte liste d'indicateurs d'alerte sert de déclencheur opérationnel pour adapter rapidement le cadre.</i>	☐ Ruminations post séance ☐ Fatigue cumulative ☐ Demandes directes hors circuit ☐ Difficulté à dire non ☐ Exposition à des stimuli non prévue ☐ Interruptions du sommeil ☐ Sauts de supervision <i>Tout item coché déclenche une réévaluation avec le référent (≤ 72 h).</i>

Figure 4 - Check-list d'accueil des PEA (J-0 → J+90).

5.2 Proposition d'un guide pratique (complémentaire à la check-list d'accueil) :

En complément de la check-list d'accueil, nous proposons un guide pratique, centrée sur le modèle **Rôle-Charge-Soutien**, destinée à guider les décisions du PEA au quotidien (règles « si... alors... », seuils d'action) lors de ses trois premiers mois d'action.

Mes 3 premiers mois dans le service

MON GUIDE PRATIQUE

En complément de la check-list d'accueil déjà remise, ce guide pratique vous accompagne dans vos décisions professionnelles et vous aide à maintenir un cadre sûr, fondé sur un rôle clair, une charge mesurée et un soutien présent.

Repères de phases : Phase 2 = Semaine 1 · Phase 3 = Semaines 2-4 · Phase 4 = Mois 2-3.

RÔLE « Le que je fais / ne fais pas, et jusqu'où »	Règles <i>Si... alors...</i>	
	Si... On vous demande quelque chose hors de votre rôle (<i>conseil clinique, accompagnement hors cadre du service, manipulation de produits</i>).	alors... Vous dites non (<i>refus motivé</i>) et vous passez la main au bon interlocuteur (<i>relais</i>).
	Si... Le cadre n'est pas clair (<i>qui décide ? où écrire ?</i>).	alors... Vous demandez immédiatement au référent avant d'agir.
	Si... Vous sentez une pression pour dépasser votre rôle.	alors... Vous informez le référent et vous laissez une note courte (<i>traçabilité</i>).
	Seuil d'action <i>Délais selon la phase</i>	
	Hors-cadre répété (≥ 2 fois dans la semaine)	Revue du périmètre avec le référent sous 24 h ouvrées (Phase 2), 72 h (Phase 3), 1 semaine (Phase 4).

En complément de la check-list d'accueil déjà remise, ce guide pratique vous accompagne dans vos décisions professionnelles et vous aide à maintenir un cadre sûr, fondé sur un rôle clair, une charge mesurée et un soutien présent.

Repères de phases : Phase 2 = Semaine 1 · Phase 3 = Semaines 2-4 · Phase 4 = Mois 2-3.

CHARGE « Combien, à quel rythme, avec quelle intensité »	Règles <i>Si... alors...</i>	
	Si...	alors...
	Vous ruminez plus de 24 h, si votre sommeil est perturbé, ou si la fatigue s'accumule.	On allège temporairement votre charge et on fait une supervision sous 24 h (Phase 2), 72 h (Phase 3), 1 semaine (Phase 4).
	Si...	alors...
	Une exposition non prévue vous met en difficulté (<i>lieu/stimulus à risque</i>).	Vous arrêtez l'intervention, prévenez le référent, notez l'incident, puis on reprogramme (<i>si besoin en co-intervention</i>).
	Si...	alors...
	Vous avez atteint le nombre prévu de situations et que d'autres demandes arrivent.	On reporte ou on oriente (<i>pas de dépassement automatique</i>).
	Seuil d'action <i>Délais selon la phase</i>	
	Pas de temps de récupération respecté 2 jours de suite.	Ajustement du planning.
	3 co-interventions difficiles la même semaine.	Revue du nombre de situations.

En complément de la check-list d'accueil déjà remise, ce guide pratique vous accompagne dans vos décisions professionnelles et vous aide à maintenir un cadre sûr, fondé sur un rôle clair, une charge mesurée et un soutien présent.

Repères de phases : Phase 2 = Semaine 1 · Phase 3 = Semaines 2-4 · Phase 4 = Mois 2-3.

SOUTIEN <i>« Avec qui je me régule »</i>	Règles <i>Si... alors...</i>	
	Si... Une situation entraîne chez vous une détresse (<i>résonance, confusion</i>)	alors... Débrief (supervision et/ou pairs) sous 24 h (Phase 2), 72 h (Phase 3), 1 semaine (Phase 4) avant de reprendre seul.
	Si... Une supervision prévue est annulée.	alors... On la reprogramme dans la semaine.
	Si... Vous vous sentez isolé (<i>pas d'intervision/mentorat ce mois</i>).	alors... Vous demandez un rendez-vous au groupe de pairs ou au référent.
	Seuil d'action <i>Délais selon la phase</i>	
	Aucune supervision dans le mois	Alerte On organise une séance d'urgence.

Figure 5 - Guide pratique des PEA (J-0 → J+90).

6. LIMITES DE L'ÉTUDE :

Plusieurs limites et biais appellent à la prudence. La portée externe est restreinte (PEA en addictologie, contexte organisationnel spécifique), exposant à un biais de cadrage : une part des mécanismes peut relever de conditions propres aux sites étudiés, limitant la transférabilité. Nous avons réduit ce risque par une description fine du contexte, un codage inductif systématique et l'appui sur des verbatims au mot près ; la généralisation demeure néanmoins prudente. Un biais d'auto-sélection et de désirabilité sociale (participants motivés et plus stabilisés, tendance à valoriser la pair-aidance) peut conduire à surestimer les bénéfices et sous-estimer les risques ; nous l'avons limité par le rappel de la confidentialité, des consignes d'authenticité, la recherche de cas dissonants et l'analyse des contradictions, tout en reconnaissant une surestimation résiduelle possible. Le design transversal ne permet pas d'établir l'évolution dans le temps ni d'attribuer les effets au rôle de PEA plutôt qu'à des facteurs personnels ou contextuels ; nous proposons des hypothèses mécanistiques plausibles (articulation Rôle-Charge-Soutien) sans inférer de causalité. L'absence de mesures quantitatives standardisées (burnout, engagement, clarté de rôle, charge perçue) empêche d'estimer l'ampleur des effets ; la triangulation théorique (santé mentale, JD-R) renforce néanmoins la cohérence du modèle sans s'y substituer. La faible représentation de la perspective organisationnelle (encadrement, soignants non pairs) peut sous-documenter les contraintes institutionnelles et les effets d'équipe. Enfin, la position du chercheur expose à un biais d'interprétation. En l'absence de contre-lectures formalisées pour l'ensemble des entretiens, ce risque a été limité par une posture réflexive, la traçabilité du codage et la recherche systématique de cas dissonants, tout en laissant subsister un risque d'orientation résiduel.

En conséquence, nos résultats soutiennent l'intérêt pragmatique du modèle « **Rôle–Charge–Soutien** », mais gagneraient à être confirmés par d'autres travaux de recherches de design complémentaires associés à une évaluation des conséquences de l'implémentation et de l'usage effectif des outils proposés (effets sur épuisement, engagement, maintien en poste).

CONCLUSION

Cette étude met en lumière que la fonction de patient expert en addictologie (PEA) s'accompagne de bénéfices substantiels pour les pairs (estime de soi, consolidation du rétablissement, sentiment d'utilité, acquisition de compétences), mais que ces effets positifs dépendent d'un cadre structurant. À l'inverse, lorsque le contexte est peu organisé, émergent des vulnérabilités typiques (surcharge émotionnelle/mentale, résonance traumatique, surinvestissement, confusion des rôles, fatigue), confirmant la nécessité d'un cadre d'organisation clair.

À partir des matériaux qualitatifs recueillis, nous proposons un modèle tel que le modèle « **Rôle-Charge-Soutien** » articulant trois équilibres : un rôle clair, une charge régulée et un soutien réel, soutenus par cinq conditions protectrices (CP1-CP5). Ce cadre rend compte des mécanismes par lesquels les bénéfices se maintiennent et les risques se préviennent, et il opérationnalise ces mécanismes via deux outils simples : une checklist d'accueil (J-0 → J+90) et un guide opérationnel d'aide à la décision (règles « si... alors... », seuils d'action).

La comparaison avec la littérature en santé mentale et en santé au travail, notamment le JD-R, consolide l'assise théorique du modèle, tout en soulignant l'intérêt d'une mise en pratique concrète adaptée aux PEA.

En pratique, le modèle « **Rôle-Charge-Soutien** », fournit une boussole opérationnelle : clarifier le périmètre de rôle, réguler la densité et le rythme d'exposition, installer une supervision régulière et un appui des pairs. Les outils proposés offrent une prévention primaire à faible coût d'implémentation, immédiatement mobilisable par les équipes.

L'apport principal de ce travail est double : rendre lisibles les déterminants de la tenue dans la fonction de PEA et outiller leur gestion au quotidien. En alignant Rôle, Charge et Soutien, il devient possible de maximiser les bénéfices du pair-aidant tout en réduisant les risques, au service des PEA, des équipes et des personnes accompagnées.

En somme, les perspectives consistent à confirmer ces résultats sur plusieurs sites, à engager un suivi longitudinal avec mesures quantifiées (épuisement, engagement, clarté de rôle, charge perçue) et à évaluer l'implémentation et l'usage effectif des outils (fidélité, effets sur l'épuisement, l'engagement et la rétention en poste).

BIBLIOGRAPHIE

1. *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018 – 2022*. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.
2. *Drogues et addictions, chiffres clés 2025*. Observatoire Français des drogues et des tendances addictives (Ofdt).
3. Bonaldi C. *Estimation du nombre de décès attribuable au tabagisme en France de 2000 à 2015*.
4. Bonaldi C. *La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015*.
5. Beck F, Guignard R, Richard JB. *Usages de drogues et pratiques addictives en France : analyse du baromètre santé Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)*. Paris: la Documentation française; 2014.
6. Pr F.Paille. Nancy. *Le dispositif d'accueil et de soins en addictologie*.
7. Questionnaire AUDIT (Alcohol use disorders test) - Ofdt - Société Française d'Alcoologie, 2015.
8. Test de Fagerström - HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014.
9. Questionnaire CAST - Ofdt - Société Française d'Alcoologie, 2015.
10. *The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management*. J Addict Med. mai 2020;14(3S):1 72.
11. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. *Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA. 14 mai 2014;311(18):1889.
12. *The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update*. J Addict Med. mars 2020;14(2S):1 91.
13. Bate P, Robert G. *Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient*. Qual Saf Health Care. 1 oct 2006;15(5):307 10.
14. Fisher EB, Boothroyd RI, Coufal MM, Baumann LC, Mbanya JC, Rotheram-Borus MJ, et al. *Peer Support For Self-Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings*. Health Aff (Millwood). janv 2012;31(1):130 9.
15. *Le rôle de la pair-aidance dans la prise en charge des addictions* - Addict Aide - Le village des addictions. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/le-role-de-la-pair-aidance-dans-la-prise-en-charge-des-addictions/>

16. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Drugs and Alcohol Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 11 mars 2020 [cité 27 sept 2025]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
17. *Rôle des patients-experts en addictologie* - France Assos Santé. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2021/01/29/role-des-patients-experts-en-addictologie/>
18. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. *Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review*. J Subst Abuse Treat. avr 2016;63:1 9.
19. Collins D, Alla J, Nicolaidis C, Gregg J, Gullickson DJ, Patten A, 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 [Internet]. 12 déc 2019 [cité 28 janv 2025]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-019-05311-0>
20. Stack E, Hildebran C, Leichtling G, Waddell EN, Leahy JM, Martin E, 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. janv 2022;16(1):93 100.
21. Michelle M. Zuccarini and Cate Stiller. *The Effect of Peer Support on Treatment Engagement for Opioid Use Disorder* - Journal of the American psychiatric nurse 2024.
22. Tracy K, Wallace S. *Benefits of peer support groups in the treatment of addiction*. Subst Abuse Rehabil. sept 2016;Volume 7:143 54.
23. Paterno MT, Low M, Gubrium A, Sanger K. Mothers and Mentors: *Exploring Perinatal Addiction and Recovery Through Digital Storytelling*. Qual Health Res. mars 2019;29(4):545 56.
24. Klingemann J, Sienkiewicz-Jarosz H, Molenda B, Świtaj P. *Peer Support Workers in Mental Health Services: A Qualitative Exploration of Emotional Burden, Moral Distress and Strategies to Reduce the Risk of Mental Health Crisis*. Community Ment Health J. mai 2025;61(4):629 38.
25. Walker G, Bryant W. *Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings*. Psychiatr Rehabil J. mars 2013;36(1):28 34.
26. Bakker AB, Demerouti E. *Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward*. J Occup Health Psychol. juill 2017;22(3):273 85.
27. Crawford ER, LePine JA, Rich BL. *Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test*. J Appl Psychol. sept 2010;95(5):834 48.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme de recrutement de l'étude.....	7
Figure 2 : Présentation du modèle Rôle – Charge – Soutien.....	24
Figure 3 : Implications des résultats dans le modèle Rôle – Charge – Soutien	26
Figure 4 : Check-list d'accueil des PEA (J-0 → J+90)	32
Figure 5 : Guide pratique des PEA (J-0 → J+90).....	35

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon des PEA inclus	8
Tableau II : Matrice de synthèse des résultats	9
Tableau III : Correspondances entre risques, limites, vulnérabilités ; besoins associés et conditions protectrices.....	28

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	4
RÉSULTATS	7
1. Recrutement	7
2. Caractéristiques de l'échantillon	7
3. Impacts de la fonction de PEA	8
3.1. Bénéfices de la fonction de PEA	10
3.2. Risques, limites et vulnérabilités de la fonction de PEA	14
3.3. Conditions protectrices de la fonction de PEA	19
DISCUSSION	23
1. Rappel des principaux résultats	23
2. Comparaison avec la littérature	23
3. Présentation du modèle rôle – charge – soutien	24
4. Comparaison des résultats du modèle avec la littérature	30
5. Implications et perspectives	31
5.1. Proposition d'une check-list d'accueil des PEA	31
5.2. Proposition d'un guide pratique complémentaire	34
6. Limites de l'étude	38
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	42
LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX	44
TABLE DES MATIÈRES	45
ANNEXES	I
Annexe 1 : Lettre d'information envoyée aux patients experts	I
Annexe 2 : Guide d'entretien	III
Annexe 3 : Avis du comité d'éthique	IV

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information envoyée aux patients experts

Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
4 Rue Larrey
49933 ANGERS Cedex 9



Objet : Lettre d'information concernant votre participation à une étude qualitative.

Angers, le 28 janvier 2025

Chère Madame, cher Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse intitulé « *Patient expert en addictologie : analyse des impacts de cette fonction sur leur propre parcours de soins* », je mène une étude qualitative visant à mieux comprendre les expériences, les bénéfices, et les défis liés au rôle de **patient expert**.

Votre expérience en tant que patient expert est précieuse, elle pourrait contribuer à éclairer les pratiques et à améliorer l'accompagnement des personnes exerçant cette fonction. Cette étude a été validée par le comité d'éthique du CHU d'Angers, et se déroule sous la supervision du Docteur Lou MADIETA, Psychiatre, exerçant la fonction de Chef de clinique des universités et Assistants des hôpitaux sur le CHU d'Angers.

Objectif de l'étude :

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les impacts du rôle de patient expert sur votre santé et votre parcours de soins. Plus précisément, nous souhaitons mieux comprendre votre perception des avantages, des défis et des besoins associés à cette fonction.

Critère d'inclusion et de non-inclusion :

Pour pouvoir participer à cette étude, il vous faudra être majeur, exercer activement la fonction de patient expert depuis **au moins 1 an**, compléter et signer le formulaire de consentement libre et éclairé que nous vous transmettrons.

Les patients présentant une consommation active d'alcool ou d'autres substances psychoactives, ayant des difficultés dans la pratique du français, ou n'étant pas en mesure de donner leur consentement libre et éclairé ne pourront pas participer à cette étude.

Déroulement de l'étude :

Si vous acceptez de participer, vous serez invité à un entretien individuel d'une durée d'environ quarante-cinq minutes à une heure. En fonction de la distance géographique, cet entretien pourra se dérouler en présentiel ou en distanciel (via un outil de visioconférence, tel que Google meet, Teams...).

L'enregistrement audio de l'entretien sera conservé, avec votre accord préalable, pour faciliter l'analyse des données. Toutes les informations recueillies seront strictement anonymisées, et seules les thématiques générales, issues des expériences partagées par les participants, seront utilisées dans le cadre de cette recherche.

Confidentialité et anonymat :

Les données collectées seront strictement **confidentielles**. Votre identité ne sera jamais divulguée, et aucun élément permettant de vous identifier ne figurera dans les résultats publiés, conformément au RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données). Les enregistrements seront conservés de manière sécurisée et détruits à la fin de l'étude.

Volontariat et retrait :

Votre participation à cette étude repose entièrement sur le volontariat. Vous avez la liberté de choisir de ne pas participer ou de vous retirer à tout moment, sans besoin de justification.

Bénéfices et risques :

- **Bénéfices :** Votre participation est une opportunité unique de partager votre expérience en tant que patient expert et de contribuer activement à l'amélioration de cette fonction. Vos témoignages permettront de mettre en lumière les spécificités de ce rôle et d'apporter des recommandations concrètes pour mieux accompagner et valoriser ceux qui l'exercent.
- **Risques :** Certains thèmes abordés au cours de l'entretien pourraient évoquer des aspects sensibles de votre parcours. Si cela venait à susciter une gêne ou une émotion particulière, je serai disponible pour vous écouter et vous accompagner, en toute bienveillance.

Contact :

Pour toutes questions, ou informations complémentaires concernant l'étude, n'hésitez pas à me contacter :

DUVAL Michaël

Je veillerai à vous répondre avec la plus grande clarté et disponibilité.

Consentement :

Si vous acceptez de participer à cette étude, un formulaire de consentement éclairé vous sera remis avant l'entretien.

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour l'intérêt que vous portez à cette étude et pour votre précieuse contribution. Votre témoignage jouera un rôle clé dans l'amélioration de la compréhension et de la valorisation du rôle de patient expert.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Michaël DUVAL
Interne en Psychiatrie, CHU d'Angers

GUIDE D'ENTRETIEN

Introduction : Questionnement général (âge, contexte de vie, parcours addictologique), durée d'exercice de la fonction de patient expert...

1. Motivation et parcours :

Qu'est-ce qui vous a motivé à devenir patient expert et à vous engager dans ce rôle ?

→ Objectif : Comprendre les raisons qui ont conduit au choix de ce rôle (motivation personnelle, expériences de vie, opportunités).

2. Expériences dans le rôle de patient expert :

Pouvez-vous me parler des missions ou activités principales que vous exercez en tant que patient expert ?

→ Objectif : Identifier les types de tâches effectuées (accompagnement, sensibilisation, formation) et la manière dont elles sont perçues.

3. Perception des bénéfices :

Quels sont, selon vous, les bénéfices que ce rôle a apportés à votre vie, tant sur le plan personnel que professionnel ?

→ Objectif : Explorer les aspects positifs du rôle (estime de soi, sentiment d'utilité, consolidation du rétablissement...).

4. Perception des risques et défis :

Y a-t-il des moments où ce rôle a été difficile pour vous ? Si oui, pouvez-vous me décrire ces situations ?

→ Objectif : Identifier les risques (charge émotionnelle, surcharge, gestion des récits difficiles) et les moments de fragilité.

5. Impact sur la santé et le parcours de soins :

Depuis que vous exercez en tant que patient expert, avez-vous constaté des changements dans votre propre santé ou dans la manière dont vous gérez votre parcours de soins ?

→ Objectif : Comprendre l'influence du rôle sur leur santé physique, mentale, et leur rapport aux soins.

6. Relations interpersonnelles (pairs et professionnels) :

Comment décririez-vous vos relations avec les patients que vous accompagnez et les professionnels de santé avec qui vous travaillez ?

→ Objectif : Analyser les dynamiques relationnelles, les interactions positives et les éventuelles tensions ou défis.

7. Besoins et perspectives :

Selon vous, que pourrait-on améliorer pour mieux accompagner et valoriser les patients experts dans leur fonction ?

→ Objectif : Identifier les besoins en formation, soutien, ou reconnaissance pour enrichir et optimiser le rôle.

Conclusion/clôture : *Y a-t-il un sujet ou un aspect que nous n'avons pas abordé et que vous souhaiteriez partager ?*

Annexe 2 : Avis du comité d'éthique



Comité d'Ethique CHU d'Angers

comite-ethique@chu-angers.fr

COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 17 février 2025

Présidente :
Aurore Armand

Michaël DUVAL
Dr Lou MADIETA

Vice-Présidente :
Astrid Darsonval

Chers Collègues,

Membres du Comité d'Ethique
Recherche Local restreint :
Alexis D'Escatha
Carole Haubertin
Christelle Ledroit
Pascale May-Panloup
Frédéric Noublanche
Clotilde Rouge-Maillart

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 11/02/2025 votre étude « *Patient expert en addictologie : Analyse des impacts de cette fonction sur leur propre parcours de soins* », enregistrée sous le numéro **2025-041**.

Après examen des documents transmis, audition des rapporteurs et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Membres du Comité d'Ethique :
Françoise Ballereau
Anne Barrio
Aude Baudouin-Caillaud
William Bellanger
Laurence Boivin
Mathilde Charpentier
Victor Couratier
Emmanuelle Courtillie
Jacques Delatouche
Charlotte Dupré
Pascale Dupuis
Michèle Favreau
Aurore Gaudin (Boudeau)
Catherine Guillemet
Hélène Joseph-Henri-Fargue
Marie Kempf
Annette Larode
Dorothee Laurent
Dewi Le Gal
Jérôme Maitre
Agnès Marot
Jean-Marc Mouillie
Mylène Piron
Pétronella Rachieru
Stéphanie Rouleau
Pascale Savin
Céline Schnebelen

Pour le comité d'éthique
Dr Aurore ARMAND
Présidente du Comité d'éthique

DUVAL Michaël

**Patient expert en addictologie :
Analyse des impacts de cette fonction sur leur propre parcours de
soins, une analyse phénoménologique interprétative**

RÉSUMÉ

En France, les troubles liés à l'usage de substances constituent un enjeu majeur, avec une morbi-mortalité élevée. Véritable maladie chronique, l'addiction exige des parcours de soins coordonnés et personnalisés. Dans ce contexte, la pair-aidance, historiquement ancrée en addictologie, s'est professionnalisée via les patients experts en addictologie (PEA). Si des bénéfices personnels pour les PEA sont suggérés, les effets négatifs restent peu étudiés. Cette thèse évalue l'expérience des PEA (aspects positifs et négatifs), leur place et fonction perçues, ainsi que les risques et besoins ressentis.

Il s'agissait d'une étude qualitative d'approche phénoménologique, de posture inductive et interprétative, fondée sur des entretiens semi-directifs réalisées auprès de dix PEA recrutés jusque saturation des données.

Notre étude met en évidence que la fonction de PEA est associée à des perceptions bénéfiques pour les pairs eux-mêmes (estime de soi, consolidation du rétablissement, sentiment d'utilité, développement de connaissances et de compétences etc.). En miroir, les participants décrivent des risques/vulnérabilités (surcharge émotionnelle et mentale, résonance traumatique, surinvestissement, confusion des rôles, fatigue physique etc.). En parallèle, les participants identifient cinq conditions protectrices soutenant la fonction (reconnaissance institutionnelle et intégration d'équipe, supervision/tutorat/encadrement professionnel, stabilité du rétablissement, capacité à poser des limites et à dire « non » et soutien par les pairs et sentiment d'appartenance). La fonction de PEA est globalement bénéfique, à condition d'un cadre structuré. Le modèle « Rôle-Charge-Soutien » formalise les équilibres nécessaires (rôle clair, charge régulée, soutien effectif) et se traduit en deux outils opérationnels (check-list J0-J90, guide pratique d'aide à la décision) de prévention primaire, plaidant pour la pérennisation de la fonction. Des répliques multi-sites et suivis longitudinaux quantifiés sont nécessaires pour confirmer l'ampleur et la généralisation des effets.

Mots clés : pair-aidance, patient expert, addictologie, trouble lié à l'usage de substances, effets

**Patient expert in addiction care:
Analysis of the impacts of the role on their own treatment
pathways, an interpretative phenomenological analysis**

ABSTRACT

In France, substance use disorders represent a major public health issue, with high morbidity and mortality. As a chronic disease, addiction requires coordinated and personalized care pathways. In this context, peer support, historically rooted in addiction care, has become professionalized through expert patients in addiction care (EPAC). While personal benefits for EPACs are suggested, potential negative effects remain underexplored. This thesis assesses EPACs' experience (positive and negative aspects), their perceived role and function, as well as perceived risks and needs.

Qualitative study with a phenomenological, inductive, and interpretive approach, based on semi-structured interviews with ten EPACs, recruited until data saturation.

The EPAC's role is associated with perceived benefits for the peers themselves (enhanced self-esteem, consolidation of recovery, sense of usefulness, development of knowledge and skills, etc.). In parallel, participants describe risks/vulnerabilities (emotional and mental overload, traumatic resonance, overinvestment, role confusion, physical fatigue, etc.). They also identify five protective conditions supporting the role: institutional recognition and team integration; supervision/mentoring/professional oversight; stability of recovery; ability to set boundaries and say "no"; and peer support with a sense of belonging.

The EPAC's role is overall beneficial, provided a structured framework is in place. We propose a pragmatic framework aligning role clarity, workload regulation, and effective support, operationalized through two tools (J0-J90 onboarding checklist; decision-support guide) enabling primary prevention and arguing for the role's sustainment. Multicenter longitudinal studies with standardized measures are needed to confirm the magnitude and generalizability of these effects.

Keywords : peer support, expert patient, addiction, substance use disorders, effects